

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*“A formação profissional em saúde no Brasil pós-1988: aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas Públicas”*

*por*

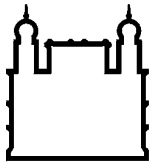
***Ingrid D'avilla Freire Pereira***

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

*Orientador principal: Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira*

*Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Koifman*

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

*“A formação profissional em saúde no Brasil pós-1988: aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas Públicas”*

*apresentada por*

***Ingrid D’avilla Freire Pereira***

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

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira – Orientador principal

*Dissertação defendida e aprovada em 13 de maio de 2013.*

P436 Pereira, Ingrid D'avilla Freire  
A formação profissional em saúde no Brasil pós-1988:  
aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas  
Públicas. / Ingrid D'avilla Freire Pereira. -- 2013.  
150 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Moreira, Carlos Otávio Fiúza  
Koifman, Lilian

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

1. Educação Profissionalizante - recursos humanos.
2. Educação em Saúde – recursos humanos. 3. Política de Saúde.
4. Conferências de Saúde. 5. Participação Social. I. Título.

CDD - 22.ed. – 371.35

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Carlos Otávio, por sua rigorosidade metodológica, coerência e exercício de revisor que fizeram de mim uma orientanda mais estudiosa;

À segunda orientadora Lilian Koifman, pela leveza e segurança demonstrados durante todos os nossos encontros e por sua disponibilidade para compartilhar saberes e questões;

Aos professores Ricardo Burg Ceccim e Tatiana Wargas de Faria Baptista pela análise cuidadosa deste trabalho, pelo caloroso debate por ocasião da banca de defesa desta Dissertação e pelas contribuições ao texto final;

Aos professores Aluísio Silva Jr. e Gustavo Correa Matta, suplentes da banca de defesa desta Dissertação;

Às professoras que participaram da minha banca de qualificação, Laura Feuerwerker e Arlinda Moreno, pela possibilidade de discussão e desconstrução de algumas de minhas hipóteses e pressupostos iniciais, e pelas contribuições para a construção de um novo projeto;

Aos professores da ENSP/Fiocruz, em especial Célia Leitão, Jeni Vaitsman e Willer Baumgartner, por fazerem desta instituição uma Escola: lugar de encontro, ensino-aprendizagem, pesquisa e acolhimento;

Aos funcionários e trabalhadores da ENSP/FIOCRUZ, do Departamento de Ciências Sociais, da Biblioteca e da Livraria ABRASCO, sempre prestativos;

Aos colegas da subárea Saúde e Sociedade, Melissa Garcia e João Canossa, por nossos agradabilíssimos encontros;

Às amigas e também mestrandas, Carla Cabral, Michele Souza, Flávia Henrique e Evangelina Martich, por terem se constituído representação de carinho e amizade durante o Mestrado e a vida no Rio de Janeiro.

Às queridas amigas e colegas de Doutorado, Andrezza Piccoli e Vanessa Nolasco, pela intensidade do nosso encontro e pelas alegrias que ainda virão;

À CAPES, pela bolsa de pesquisa concedida;

Aos colegas de trabalho da EPSJV/Fiocruz e aos Agentes Comunitários de Saúde (CTACS-Campo Grande) por reafirmarem meu desejo de ser professora;

Ao mestre Itamar Lages, por continuar sendo a grande referência da educadora que desejo ser;

À Ana Cláudia Peixoto e a Pedro Cruz, que já foram companheiros de extensão popular. Hoje são amigos muito especiais;

Às amigas e irmãs do mundo, Charlene, Ellen, Liu, Lorena e Livia, por tamanha identificação e porque conseguem estar mais próximas do que imaginam;

Ao meu amor Ivo, com quem partilho a delícia de viver e todos os meus sonhos;

À minha família, especialmente à minha mãe, por impulsionar e viabilizar todos os meus sonhos, a despeito de tanta saudade.

... cada um vê o campo com uma certa lucidez, mas a partir de um ponto de vista dentro do campo, que ele próprio não vê...

(Pierre Bourdieu)

(em *Os Usos Sociais da Ciência: Por uma Sociologia Clínica do Campo Científico*, 2004, p.43)

## RESUMO

A formação dos profissionais de saúde tem sido uma agenda amplamente discutida no Brasil e no mundo. Algumas das questões que mobilizam este debate são a ênfase biomédica dos currículos, a quantidade insuficiente de profissionais e sua concentração nos centros urbanos, a qualidade do ensino, a dificuldade dos trabalhadores em dar resposta às necessidades de saúde da população e, no caso dos profissionais brasileiros, o diálogo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a diretriz de participação da comunidade na gestão do SUS e a possibilidade das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) revelarem aspectos importantes da trajetória das políticas sociais no país, esta dissertação discute a questão da formação profissional em saúde no Brasil pós-1988, a partir da análise deste tema nas CNS e de suas relações com a formulação de políticas públicas pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista teórico-conceitual, foram utilizados como referência alguns conceitos e artifícios metodológicos inscritos na obra do sociólogo francês Pierre Bourdieu. A abordagem do estudo é qualitativa e a análise documental foi o principal meio para sua concretização. As principais fontes de dados foram os relatórios finais das CNS, os textos das políticas do Ministério da Saúde sobre a formação profissional em saúde no período de 1988 a 2010 e a literatura sobre o tema. Foi utilizada a Análise de Conteúdo temática, delimitando como categorias de análise: racionalidades dos saberes e das práticas em saúde; mudanças curriculares; relações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. A análise sugere que os discursos sobre a formação profissional em saúde, seja nas CNS ou nas políticas do MS, como parte dos fenômenos relativos a um dado campo – o da saúde – mantêm as especificidades das relações constituídas entre as instituições e os agentes desse campo e de outros que compõem o mundo social, especialmente com os campos da educação e do trabalho. As escolhas discursivas expressam sentidos, argumentos e tensões que caracterizam a emergência desta agenda, inicialmente nos espaços de participação social e com maior expressividade na gestão do SUS a partir dos anos 2002. A dissertação aponta alguns mecanismos discursivos que caracterizam as relações entre as CNS e a formulação de políticas de formação profissional em saúde ao longo do processo de estruturação do SUS, quais sejam: pressão e legitimação, que coexistem nos documentos e conformam as perspectivas da capacidade instituinte dos discursos das CNS nas políticas do SUS.

**Palavras-chave:** Formação Profissional em Saúde; Política de Saúde; Conferências Nacionais de Saúde; Participação Social.

## ABSTRACT

The training of health professionals has been a widely discussed agenda in Brazil and in the world. Some of the issues which mobilize this debate are the emphasis of biomedical curricula, insufficient amount of professionals and their concentration in urban centers, the quality of teaching, the difficulty of workers to respond to the population health needs and, in the case of Brazilian professional, the dialogue with the principles of the Unified Health System (SUS). Considering the guideline of community participation in the SUS and the possibility of National Health Conferences (CNS) reveal important aspects of the history of social policies in the country, this Dissertation discusses the issue of education for health professionals in Brazil post-1988, from analysis of this issue in the CNS and its relation to the formulation of public policy by the Ministry of Health. From the theoretical-conceptual standpoint, were used as reference some concepts and methodological artifacts inscribed in the work of the French sociologist Pierre Bourdieu. The approach of the study is qualitative and documentary analysis was the primary means for its realization. The main data sources were the final reports of the CNS, the texts of the policies of the Ministry of Health on health professional training in the period from 1988 to 2010 and the literature on the subject. We used thematic content analysis, defining as categories of analysis: rationalities of knowledge and health practices; curricular changes; relations between the Ministry of Health and Ministry of Education. The analysis suggests that the discourses on health professional training, whether in CNS or the MS policy, as part of the phenomena for a given field – the health field - keeps the specifics of the relationship established between the institutions and the actors in this field and others who make up the social world, especially in the education and work fields. In this context, the discursive choices express meanings, arguments and tensions which characterize the emergence of this agenda, initially in the areas of social participation and with greater expressiveness in the SUS from the year 2002. The paper points out some discursive mechanisms that characterize the relations between the CNS and the training policies formulation in health throughout the process of structuring the SUS, which are: pressure and legitimation, which coexist in the documents and shape the prospects of instituting capacity the speeches of the CNS in the policies of SUS.

**Keywords:** Health Professional Training; Health Policy, Conferência Nacional de Saúde (National Health Conferences), Social Participation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Documentos analisados, instituição de referência e data de publicação. Brasil 1988-2010 .....	26
<b>Quadro 2</b> - Categoria 1: Racionalidade dos Saberes e das Práticas em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010) .....	116
<b>Quadro 3</b> - Categoria 2: Mudanças Curriculares nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010).....	120
<b>Quadro 4</b> - Categoria 3: Relação entre o MS e o MEC nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010) .....	122
<b>Quadro 5</b> – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 1 – Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde .....	143
<b>Quadro 6</b> – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 2 – Mudanças Curriculares .....	144
<b>Quadro 7</b> – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 3 – Relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação .....	147



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médicas

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS – Atenção Primária à Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa Científica

CF – Constituição Federal

CGPRH – Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos

CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço

CIRH – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF – Estratégia Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

FHC – Fernando Henrique Cardoso

IES – Instituição de Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

MEC – Ministério da Educação

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIASS – Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

RF – Relatório Final

RJ – Rio de Janeiro

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SESu – Secretaria de Ensino Superior

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade de Campinas

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

Resumo .....	5
Abstract .....	6
Lista de Ilustrações .....	7
Lista de Siglas e Abreviaturas .....	8
APRESENTAÇÃO .....	12
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO E ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS</b> .....	15
1.1 Objetivo Geral .....	22
1.2 Objetivos Específicos .....	22
1.3 Aspectos Teórico-Metodológicos .....	23
1.3.1 O Conceito de Campo .....	23
1.3.2 Abordagem e Técnica de Investigação .....	25
1.3.3 Sobre a Análise de Conteúdo .....	28
1.3.4 Os Textos Analisados e suas Relações com o Contexto .....	29
1.3.5 Considerações Éticas .....	31
<b>CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ-CONSTITUINTE: UMA BREVE REVISÃO</b> .....	32
2.1 A 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Saúde .....	33
2.2 A 3ª Conferência Nacional de Saúde .....	34
2.3 A 4ª Conferência Nacional de Saúde .....	35
2.4 A 5ª Conferência Nacional de Saúde .....	39
2.5 A 6ª Conferência Nacional de Saúde .....	41
2.6 A 7ª Conferência Nacional de Saúde .....	42
2.7 A 8ª Conferência Nacional de Saúde .....	45
<b>CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO PÓS-1988</b> .....	49
3.1 A Reforma Sanitária Brasileira como um Processo em Curso e Alguns Desafios para a Política de Saúde no Pós-1988 .....	50
3.2 O Controle Social a partir das Conferências Nacionais de Saúde no Pós-1988 .....	54
3.2.1 A 9ª Conferência Nacional de Saúde .....	57
3.2.2 A 10ª Conferência Nacional de Saúde.....	59
3.2.3 A 11ª Conferência Nacional de Saúde .....	61
3.2.4 A 12ª Conferência Nacional de Saúde .....	63
3.2.5 A 13ª Conferência Nacional de Saúde.....	65
3.3 As Perspectivas da Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde no Pós-1988 .....	66
3.3.1 Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde .....	68
3.3.1.1 O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares e a Negociação de Novas Racionalidades .....	69
3.3.1.2 A integralidade como crítica à racionalidade científica moderna e como Imagem-Objetivo da Formação Profissional em Saúde .....	71
3.3.2 As Propostas de Mudanças Curriculares na Formação Profissional em Saúde .....	73
3.3.2.1 As Necessidades de Saúde e os Processos de Mudança Curricular .....	75
3.3.2.2 A Ênfase nas Políticas de Atenção Básica e de Promoção da Saúde .....	76
3.3.2.3 As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e as Políticas Indutoras de Mudanças .	78
3.3.3 As Relações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação .....	79
3.3.3.1 Sobre o “Ordenamento da Formação Profissional em Saúde”: Concepções e	79

Expectativas quanto ao papel de cada um dos Ministérios .....	83
3.3.3.2 Da relação entre a Universidade, os Serviços de Saúde e a Sociedade .....	83
3.4 Algumas Considerações .....	86
<b>CAPÍTULO 4 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE FORMULADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....</b>	<b>88</b>
4.1 O Pós-1988 e os Primeiros Desenhos das Políticas de Formação Profissional em Saúde .....	89
4.1.1 O Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – Promed .....	94
4.2 A Criação da SGTES e as Políticas de Formação Profissional em Saúde nos Anos 2003-2005 .....	96
4.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde .....	98
4.2.2 O Aprender-SUS .....	101
4.2.3 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS .....	102
4.3 As Políticas de Formação Profissional em Saúde nos anos 2006-2010 .....	104
4.3.1 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I – Pró-Saúde I .....	104
4.3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – 2ª formulação .....	105
4.3.3 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II .....	106
4.3.4 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE .....	107
4.4 Algumas Considerações .....	109
<b>CAPÍTULO 5 – SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL FORMULADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....</b>	<b>112</b>
5.1 Os Discursos sobre a Formação Profissional em Saúde nas CNS e nas Políticas do MS..	113
5.1.1 Sobre as Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde .....	115
5.1.2 Sobre as Mudanças Curriculares .....	119
5.1.3 Sobre as Relações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação .....	121
5.2 Da Retórica das CNS como Arena de Antecipação à Formulação de Políticas .....	122
5.3 Das Relações entre CNS e as Políticas Públicas de Formação Profissional: os Mecanismos Discursivos .....	125
<b>CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS .....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>142</b>

---

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação reflete algumas inquietações a respeito da formação dos profissionais de saúde percebidas ao longo da trajetória acadêmica e profissional<sup>1</sup> da pesquisadora e aprofundadas durante o Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), através das leituras do campo da Saúde Coletiva e também da aproximação mais recente com outros campos de conhecimento que permitiram a ampliação das análises sobre o tema.

Os desafios para construir uma dissertação são inúmeros, dentre os quais, a imersão no universo acadêmico, a pouca maturidade teórica, o amplo volume de produção científica disponível e o contato recente com um universo de autores de outros campos científicos. Acrescidos a estes desafios, existem também os de ordem subjetiva, como a necessidade de conciliar trabalho, vida acadêmica e vida pessoal. Foi em meio a este contexto que esta dissertação foi construída. Ela representa algumas das possibilidades que se constituíram a partir da imersão no Mestrado e nos encontros gerados por este, em especial, com os orientadores, professores e colegas desta instituição.

Desde o início do Mestrado surgiram várias possibilidades de desenho de estudo, tais como a análise de projetos políticos pedagógicos e currículos dos cursos de Graduação em Nutrição e a análise de políticas sobre o tema. Neste universo de múltiplos desejos e possibilidades de pesquisa, mas considerando também as contingências do tempo de duração do Mestrado, optou-se por investigar a trajetória discursiva da formação profissional em saúde

---

<sup>1</sup> Durante a Graduação em Nutrição na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade de Pernambuco (UPE) e nas experiências de trabalho no SUS.

no Brasil pós-1988, a partir de uma análise documental das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas do Ministério da Saúde.

O projeto teve como interlocutor inicial e privilegiado o artigo *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* (2002) de autoria de Ricardo Ceccim, Teresa Armani e Cristianne Rocha. A leitura deste texto indicou alguns caminhos possíveis e desafios para a pesquisa.

Apresentam-se nesta dissertação olhares sobre dois fenômenos relativamente recentes na construção da trajetória da formação profissional em saúde no Brasil: a ampliação das discussões sobre este tema na sociedade, com expressão em fóruns como as Conferências Nacionais de Saúde<sup>2</sup>; e a materialização de ações institucionais para mudanças na graduação em Saúde pelo Ministério da Saúde. Estas ações institucionais, sob o formato de políticas públicas que tratam substantivamente da formação profissional em saúde, começam a ser formuladas a partir dos anos 2000, considerando, por um lado o pouco investimento dos gestores da política de saúde sobre esta área, mas também a historicidade do processo de autonomia universitária e a consolidação da Universidade como espaço único de definição das perspectivas da formação profissional em saúde. Sob o propósito de apresentar reflexões sobre estas questões, a presente dissertação está estruturada em cinco capítulos:

No primeiro capítulo, *Introdução e Referenciais Teórico-metodológicos*, apresentam-se algumas das questões que orientaram a realização desta pesquisa, em diálogo com outros estudos que se detiveram sobre a questão da formação profissional em saúde, bem como os objetivos do estudo. Abordam-se também conceitos estruturantes para a pesquisa, em especial

---

<sup>2</sup> Até década de 1980 este debate estava restrito à participação das Universidades, movimento estudantil e docente, Associações de Ensino, em especial, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), eventos protagonizados pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e, posteriormente, pela Rede Unida, bem como aos documentos e Seminários organizados por agências internacionais como a Fundação Kellogg e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

a noção de *campo* na formulação do sociólogo Pierre Bourdieu, além de aspectos sobre os métodos e técnicas de investigação utilizados e a análise dos dados.

No segundo capítulo – *A formação profissional em saúde nas CNS no período pré-Constituinte: uma breve revisão* – apresentam-se as características gerais das Conferências Nacionais de Saúde no período compreendido entre os anos de 1937 e 1988, bem como a maneira que estes fóruns trataram as questões relativas à formação profissional em saúde.

O terceiro capítulo – *A formação profissional em saúde nas Conferências Nacionais de Saúde no Pós-1988* – analisa aspectos da trajetória discursiva da formação profissional em saúde no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde que aconteceram no período compreendido entre os anos de 1988 e 2010.

O capítulo quatro – *As Políticas Públicas de formação profissional em saúde formuladas pelo Ministério da Saúde* – discute aspectos dos discursos da formação profissional em saúde, sob a perspectiva das ações institucionais de formação profissional em Saúde formuladas pelo MS no período pós-1988.

No capítulo cinco, intitulado *Sobre as Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas Públicas de formação profissional formuladas pelo Ministério da Saúde*, apresentam-se algumas considerações e hipóteses a respeito das relações entre os discursos nestes dois fóruns (CNS e MS).

Por fim, as *Considerações possíveis*, onde se registram alguns achados, aprendizados, questões que emergiram do estudo e esboços de novas pesquisas; além dos *apêndices*, com a identificação e posterior categorização das propostas sobre a formação profissional em Saúde presentes nos Relatórios finais das CNS que aconteceram entre 1988 e 2010.

### INTRODUÇÃO E ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A estruturação e reprodução dos saberes no campo da Saúde, em especial na Medicina, tem sido fundamentais para a construção das práticas neste setor, bem como para a definição de determinados modelos assistenciais<sup>3</sup>. A história da Medicina evidencia o quanto a institucionalização dos saberes e das práticas de uma profissão pode legitimar as formas de organizar as ações de saúde da população por um longo período do tempo.

Não obstante, os paradigmas sanitários e as políticas de saúde vigentes também influenciam a estruturação do ensino, a definição dos conhecimentos que devem ser transmitidos aos alunos e das práticas que devem ser incorporados aos currículos. Afinal, como analisa o sociólogo francês Pierre Bourdieu (2007) em um texto sobre a relação entre os sistemas de ensino e os sistemas de pensamento,

o que os indivíduos devem à escola é, sobretudo um repertório de lugares-comuns, não apenas um discurso e uma linguagem comuns, mas também terrenos de encontro e acordo, problemas comuns e maneiras comuns de abordar tais problemas comuns (Bourdieu, 2007 p.207).

Esse “repertório de lugares-comuns” oferecidos pela escola inclui não apenas o discurso ou a linguagem, mas também os modos de agir dos agentes. Os esquemas que

---

<sup>3</sup> Os modelos assistenciais – ou modos como são organizadas as ações de atenção à saúde – envolvem aspectos tecnológicos e assistenciais, o que inclui a organização e a articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para resolver os problemas de saúde da população (Silva Junior, 2006).



organizam o pensamento de uma dada época somente se tornam inteiramente compreensíveis se referidos ao sistema escolar, o único “capaz de consagrá-los e constituí-los, pelo exercício, como hábitos de pensamento comuns a toda uma geração” (Bourdieu, 2007, p.208).

A escola se apresenta, portanto, como lócus estrutural das práticas profissionais, em especial das profissões que têm um caráter aplicado, como as do campo da saúde:

Enquanto “força formadora de habitus”, a escola propicia aos que se encontram direta ou indiretamente submetidos à sua influência, não tanto esquemas de pensamento particulares e particularizados, mas uma disposição geral geradora de esquemas particulares capazes de serem aplicados em campos diferentes do pensamento e da ação, aos quais pode-se dar o nome *habitus* cultivado (Bourdieu, 2007 p.211).

É a partir desta chave analítica que tentamos discutir a formação dos profissionais de saúde nesta pesquisa, considerando que as práticas profissionais e seus modos de agir, estão estruturalmente relacionados com os seus processos e itinerários formativos.

Estas considerações sugerem, dentre outras questões, que Educação, Trabalho e Saúde são práticas sociais históricas, produtoras, reprodutoras e transformadoras das relações na sociedade. Parte-se do pressuposto de que a necessidade de mudança das práticas de saúde, que tem sido hegemonicamente marcadas pelo saber biomédico, perpassa a organização dos serviços de saúde e, essencialmente, os espaços de configuração dos esquemas de pensamento e ação dos agentes, sejam as instituições de ensino, seja o mundo do trabalho.

Os significados das relações entre a formação profissional e o trabalho em saúde se tornaram a maior motivação para a realização desta pesquisa. Para tanto, construiu-se como objeto de estudo os aspectos da trajetória discursiva da formação profissional em saúde nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas Públicas pós-1988. Afinal, do quê estamos tratando ao pesquisar a formação profissional em Saúde e suas relações com o mundo do trabalho?

As primeiras leituras sobre o tema revelaram duas constatações. A primeira foi de que, em geral, a formação do profissional de saúde tem sido responsabilizada por grande parte dos problemas que se dão na esfera do trabalho, especialmente no que se refere às incompatibilidades entre o perfil dos profissionais – formados pelas Universidades – e a sua atuação em programas e políticas como a Estratégia Saúde da Família (ESF). A segunda foi de que há multiplicidade de sentidos nos conceitos e expressões próprias da área, por exemplo, formação, educação, recursos humanos e qualificação profissional.

Estas constatações foram fundamentais para a definição do recorte do objeto de pesquisa nesta dissertação: a trama de conceitos e argumentos presente nos discursos sobre a formação de profissionais de saúde no âmbito da graduação<sup>4</sup> ao longo do processo de estruturação do SUS (período pós-Constituinte).

Para tanto, optou-se por analisar documentos de duas arenas privilegiadas para a produção e reprodução de discursos no campo da Saúde Coletiva no Brasil: as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e a formulação de políticas públicas no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

A expectativa com esse proposta de análise é de que seja possível apresentar parte dos referenciais e pressupostos que informam as necessidades vocalizadas por agentes e movimentos sociais nas CNS, assim como as ações do Estado sobre a formação profissional em saúde no Brasil no Pós-1988. Ademais, a aproximação entre estas duas arenas pode contribuir também para a visualização dos limites e possibilidades deste tema (ou destes discursos) atualmente.

---

<sup>4</sup> Formação Profissional segundo os conceitos da NOB-RH/SUS “é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais” (Brasil, 2005). Para efeito de análise nesta pesquisa, optou-se pelos aspectos do nível superior.

A formação profissional em saúde vem sendo amplamente discutida, sobretudo a partir da publicação do Relatório Flexner em 1910, marco da integração da ciência moderna aos currículos das escolas médicas do mundo ocidental, que serve de modelo para os currículos das demais profissões da saúde (Flexner, 2010).

O Relatório Flexner foi elaborado por Abraham Flexner, educador norte-americano por solicitação da Carnegie Foundation. A publicação deste relatório desencadeou profundas reformas no ensino médico na América do Norte, influenciando a estrutura curricular que até hoje predomina na rede universitária dos países industrializados.

Para o pesquisador Naomar de Almeida Filho, o que se apresenta como *Modelo Biomédico Flexneriano* e que, no Brasil, provoca tão intensas reações, não corresponde, e até contradiz, o que Abraham Flexner pensa e escreve no próprio Relatório Flexner.

[...] Equivocam-se os que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não em métodos, que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista, que a vertente principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual (Almeida Filho 2010, p.2247).

Nesta dissertação reconhecemos que as origens do Modelo Biomédico não coincidem com a referida publicação do relatório, uma vez que a origem da medicina moderna coincide com o desenvolvimento da anatomia patológica no final do século XVIII e início do século XIX, responsável pela incorporação do rigor científico aos saberes e práticas da medicina, elevando de forma significativa a função terapêutica dos hospitais (Foucault, 1979). A partir de então – final do século XVIII e início do século XIX – a racionalidade biomédica tornou-se gradativamente hegemônica no Ocidente.

Todavia, não podemos descartar possíveis efeitos da introdução de critérios de cientificidade e da organização disciplinar nos processos de formação dos profissionais de saúde, do desenvolvimento da anatomia patológica e, posteriormente, da microbiologia, bem

como algumas implicações do relatório Flexner e de reformas na educação médica para a legitimação e hegemonia do modelo Biomédico nas sociedades ocidentais.

Tudo isso teve implicações nos planos ético (mercantilização das relações entre médico e paciente), político (estruturação de políticas de atenção à saúde excludentes e discriminatórias), social (representações da saúde como bem de consumo na sociedade) e pedagógico do setor Saúde (Luz, 2005).

Acerca do aspecto pedagógico, a pesquisadora Madel Luz (2005) ressalta a dificuldade das instituições formadoras do campo da saúde prepararem profissionais para intervir de maneira eficaz nos problemas de saúde/doença de grande parte da população, sobretudo nos países em que ainda persistem grandes desigualdades sociais.

Embora a medicina moderna tenha conseguido evoluir no que se refere à especialização e articulação com as disciplinas da biociência, este mesmo paradigma afastou as práticas de saúde do “sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção” (Luz, 2005, p.51; Laurell, 1989).

O cuidado médico nas sociedades capitalistas é um “setor de consumo produtivo”, cujo instrumental – instrumentos, medicamentos e equipamentos – determinou cada vez mais a atuação dos profissionais e a normatividade da vida das pessoas. Historicamente, a clínica tem favorecido o arsenal de conhecimentos e técnicas da medicina, em detrimento das necessidades da população e dos agentes (Arouca, 2003).

O trabalho médico<sup>5</sup> se faz sob a forma de “cuidado” que comporta em sua estrutura o conhecimento médico (conhecimento científico e saber) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas [...]. **A educação médica prepara e legitima sujeitos para esse trabalho, tendo como modelo a forma histórica de exercício desse cuidado, que, portanto, atua sobredeterminando essa formação.**

---

<sup>5</sup> Análise que se estende ao trabalho em saúde, considerando a influência da medicina nas práticas e conhecimentos de todas as profissões deste campo.

Por outro lado, o modo ou a forma de exercício desse trabalho possui uma organização que funciona como uma supra-estrutura desse processo de trabalho, articulando-se com outros níveis societários (Arouca, 2003 p.223 [grifos nossos]).

A agenda das reformas de saúde nos países têm impulsionado discussões sobre as necessidades de mudança nas esferas do trabalho e da educação dos profissionais de saúde. Em publicação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) sobre a Saúde nas Américas – edição de 2012 – ressaltam-se os seguintes aspectos desta agenda no Brasil:

O Brasil tem se esforçado para ampliar os recursos humanos<sup>6</sup> com capacidade técnica para satisfazer as demandas, contudo, entre os desafios pendentes, mantém-se a necessidade de formar, atrair e reter os profissionais de saúde, corrigir sua má distribuição geográfica, evitar a superespecialização e promover a gestão (OPAS, 2012, p. 81).

Atualmente, algumas das questões que mobilizam o debate sobre a formação profissional são a ênfase biomédica dos currículos; a quantidade insuficiente de profissionais de saúde, em especial médicos, bem como a sua concentração nos grandes centros urbanos; a qualidade do ensino; a dificuldade dos trabalhadores em dar resposta para as necessidades de saúde da população (Frenk et al., 2010) e, no caso dos profissionais brasileiros, o diálogo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a integralidade, nas práticas e no cotidiano dos serviços (Saippa-Oliveira & Koifman, 2004; Mattos, 2006; Pinheiro, 2006).

Além dos desafios próprios do campo da Saúde, a formação de profissionais no âmbito da graduação envolve também dilemas da Educação Superior no Brasil, dentre os quais a equidade de acesso, a qualidade do ensino, a diversificação da oferta de cursos e níveis de formação, a qualificação docente, o financiamento, especialmente para o setor público, a relevância social das instituições e dos programas oferecidos, e o estímulo à pesquisa científica (Neves, 2007).

---

<sup>6</sup> Este termo tem sido adotado em todas as publicações da OPAS/OMS sobre o tema. Esta Agência teve protagonismo na difusão desta expressão.

As necessidades de mudança na formação e nas práticas profissionais se tornaram mais evidentes a partir dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como marco legal a publicação da Constituição Federal de 1988. Esta assegura o dever do Estado na efetivação do direito à saúde; atribui ao SUS a responsabilidade pelo ordenamento da formação profissional em Saúde e ressalta que a formulação de políticas no âmbito do SUS deve adotar como princípios a descentralização e a participação social, com vistas à democratização da política de saúde (Brasil, 1990a, 1990b).

Esta participação social pode se dar oficialmente nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Esta segunda instância interessa mais diretamente a esta pesquisa, seja por seu papel como uma das arenas “nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte” (Guizardi et. al, 2004 p.16), seja porque radicaliza uma proposição de mudança no padrão das relações entre o Estado e a sociedade brasileira.

As perspectivas da Reforma Sanitária e as intervenções produzidas pelo SUS demandam mudanças na atuação e, por conseguinte, na formação dos profissionais de saúde. Entretanto, o relativo consenso sobre esta questão e a proposição de soluções para mudança desta realidade não conseguiram superar a racionalidade da biomedicina, ainda hegemônica nos saberes e nas práticas em saúde. Ao mesmo tempo, supõe-se que a radicalidade do exercício da participação social seja fundamental para a construção das mudanças necessárias à formação profissional em saúde, sobretudo em função da complexidade de setores e instituições envolvidas nesta trama.

Diante desta hipótese, a presente dissertação apresenta como questões centrais: 1) que problemas foram discutidos e que propostas foram aprovadas para a formação profissional em

saúde nas Conferências Nacionais de Saúde no pós-1988? 2) Quais racionalidades dos saberes e das práticas estão presentes nestes discursos? Que ações institucionais foram formuladas pelo Ministério da Saúde para enfrentar estes problemas? 3) Que relações é possível estabelecer entre os discursos das CNS e a formulação de políticas públicas sobre a formação profissional em saúde?

### **1.1 Objetivo Geral**

Discutir aspectos da trajetória discursiva da formação profissional em saúde no Brasil a partir da análise deste tema nas Conferências Nacionais de Saúde no pós-1988 e de suas relações com a formulação de políticas públicas pelo Ministério da Saúde.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as questões sobre a formação profissional em saúde presentes nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde no pós-1988;
- Descrever o contexto sanitário, político e econômico em que se realizaram estas CNS e, a produção dos discursos;
- Analisar os discursos sobre a formação profissional em saúde presentes nas políticas públicas desta área formuladas pelo Ministério da Saúde;
- Discutir as relações entre as propostas para a formação profissional em saúde presentes nos Relatórios Finais das Conferências e a formulação de políticas públicas sobre este tema pelo Ministério da Saúde.

### 1.3 Aspectos Teórico-Metodológicos

Os conceitos podem – e, em certa medida, devem – permanecer abertos, provisórios, o que não quer dizer vagos, aproximativos ou confusos: toda verdadeira reflexão sobre a prática científica atesta que essa *abertura* dos conceitos, que lhes dá um caráter “sugestivo”, logo, uma capacidade de produzir efeitos científicos (mostrando coisas não vistas, sugerindo pesquisas a serem feitas e não apenas comentários), é própria de qualquer pensamento científico que esteja se formando [...] (Bourdieu, 1990, p. 56 [grifo original]).

Durante a realização desta dissertação, perseguiu-se a indicação sintetizada por Bourdieu nesta citação: a utilização de conceitos de forma “sugestiva”, aberta, provisória. As primeiras aproximações com o autor indicaram que o conceito de campo traria contribuições importantes para esta pesquisa, mas esta opção integrou-se na paulatina composição do referencial teórico-metodológico, guiando a análise pelos sentidos da criatividade e da indagação e evitando as convicções teóricas, muitas vezes fundadas na rigidez de conceitos definidos como relevantes a priori.

#### 1.3.1 O Conceito de Campo

Na concepção de Bourdieu, um campo é, simultaneamente,

um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação de sua estrutura (Bourdieu, 1996 p.50).

Os discursos da formação profissional em saúde expressam mediações do campo da saúde com os outros campos que conformam o espaço social, dentre os quais se destacam



aqui o do trabalho e o da educação. A origem dos campos está relacionada aos processos de diferenciação social, em que se inclui a definição de seu objeto e de suas leis específicas,

um universo intermediário que o chamo *campo literário, artístico, jurídico ou científico*, isto é, o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem, ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como outros, mas que obedece à leis sociais mais ou menos específicas [...] O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve (Bourdieu, 2004, p. 20-21).

Os campos são espaços de relações objetivas entre agentes e instituições. A compreensão da dinâmica de um campo demanda esforços no sentido de situar cada agente em suas relações objetivas com os outros e com o contexto. A relação entre a posição dos agentes e as suas tomadas de posição não estaria, portanto, determinadas mecanicamente pelo contexto. Cada agente “constrói seu próprio projeto de criador, em função de sua percepção das possibilidades disponíveis, oferecidas pelas categorias de percepção e apreciação, inscrita em seu *habitus* por uma certa trajetória”, bem como pela sua posição (Bourdieu, 1996 p. 64).

Esta noção de *campo* sugere algumas questões metodológicas para esta investigação. Em primeiro lugar, indica que os discursos sobre a formação profissional em saúde, seja nas CNS ou nas políticas do MS, como parte dos fenômenos relativos a um dado campo, o da saúde, mantém as especificidades das relações constituídas entre as instituições e os agentes desse campo e, simultaneamente, aspectos do espaço social com um todo, que inclui os outros campos.

Em segundo, analisar as relações entre os discursos de agentes, coletivos e instituições na elaboração dos relatórios finais das CNS e na formulação das políticas públicas sugere que, os discursos manifestos nestes documentos expressam estratégias, alianças, interesses e

conflitos destes agentes, grupos e instituições, que por sua vez possuem trajetórias e ocupam posições diversas no espaço social.

### 1.3.2 Abordagem e Técnica de Investigação

Assim como qualquer fenômeno humano, esta pesquisa se relaciona a interesses e circunstâncias interligadas, pois trata dos seres humanos em sociedade, “de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” (Minayo, 2009, p.47).

A abordagem utilizada foi a qualitativa, um conjunto de atividades interpretativas. Uma das especificidades desse tipo de abordagem é a união entre os processos de coleta e análise dos dados, induzindo uma perspectiva dinâmica à pesquisa uma vez que a coleta e análise dos primeiros dados podem sugerir novas questões e perguntas para a pesquisa (Flick, 2009).

Evangelista (2004) ressalta que as pesquisas lidam, em geral e mesmo sem total consciência dos pesquisadores, com três temporalidades distintas: a primeira é a da produção das fontes primárias. O segundo tempo é o das fontes que fazem uma análise ou interpretação das fontes primárias, de seus autores e dos momentos em que escreveram. O terceiro tempo é o do pesquisador, que “precisa diferenciar-se das posições teóricas das fontes primárias e daquelas das fontes que o auxiliam a compreender determinado processo”. (Evangelista, 2004, p. 27).

A primeira etapa de construção desta dissertação se desenvolveu a partir da revisão de literatura em livros e artigos científicos sobre os temas de interesse desta pesquisa: Formação Profissional em Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Políticas de Formação Profissional em Saúde, Gestão da Educação na Saúde, Conferências Nacionais de Saúde e Participação Social.

Posteriormente, realizou-se a análise documental, que foi o principal meio de concretização do estudo. A análise documental possibilita a interpretação de problemas e objetos de estudo cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (Sá-Silva et al, 2009).

Esta análise documental considerou como primeira fonte para coleta de dados os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, que aconteceram no período de 1988 a 2010 e têm “importância como mediadores entre a conferência e o cotidiano da formulação de políticas”. Tais documentos são produtos de uma série de debates municipais e estaduais que precederam a realização do encontro nacional (Guizardi et.al, 2004, p. 17).

Além dos relatórios das CNS, foram utilizados também documentos das políticas do Ministério da Saúde sobre a formação profissional em saúde neste mesmo período (1988-2010), com o objetivo de apreender os seus significados e as mediações entre os discursos das CNSs e as ações institucionais para o setor.

Pimentel (2001) destaca que as pesquisas documentais são constituídas de três fases: coleta de dados, organização do material e análise documental.

a) *coleta dos dados*: realizada a partir de pesquisa na internet, uma vez que todos os documentos encontram-se disponíveis nos sites do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde;

**Quadro 1** - Documentos analisados, instituição de referência e data de publicação. Brasil 1988-2010.

<b>Documento</b>	<b>Instituição</b>	<b>Ano de publicação</b>
Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde	CNS	1992
Resolução Nº. 225, reinstala a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos de Saúde	Conselho Nacional de Saúde	1997
Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde	CNS	1998
Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde	CNS	2000
Portaria Interministerial Nº 610, institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas	MS/MEC	2002

Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS	Conselho Nacional de Saúde/ MS	2003
Decreto criação SGTES - Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003.	MS	2003
Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde	CNS	2004
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	MS	
Portaria Interministerial Nº 2.101, institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.	MS/MEC	2005
Portaria Interministerial Nº 3.019, dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da Saúde	MS/MEC	2007
Portaria Interministerial Nº 1.802, institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.	MS/MEC	2008
Portaria Interministerial Nº 421, institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.	MS/MEC	2010
Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde	CNS	2008
VER-SUS Brasil: cadernos de textos	MS	2004

**Fonte:** Sites do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Elaboração Própria.

b) *organização do material*: buscou-se olhar para os documentos de forma analítica, identificando os vínculos entre eles e a formação profissional em saúde, especialmente, no âmbito dos cursos de graduação. Para esta fase foram criados quadros de análise contendo, inicialmente, a transcrição de todos os trechos dos documentos em que constavam os termos que poderiam estar associados à discussão da formação profissional em saúde: ‘educação’, ‘formação’, ‘ensino’, ‘aprendizagem’, ‘graduação’, ‘capacitação’, ‘recursos humanos’, ‘treinamento’ e ‘perfil profissional’. Posteriormente, a partir dessa leitura estruturada dos documentos, foram selecionados e sintetizados<sup>7</sup> os discursos relacionados à formação profissional no âmbito dos cursos de graduação;

c) *análise documental*: realizou-se *análise de conteúdo* (Bardin, 2011) do material selecionado, tendo como referência os temas e os objetivos da pesquisa.

<sup>7</sup> A realização desta síntese foi necessária, considerando a extensão dos textos. Tentou-se, entretanto, preservar ao máximo o sentido original dos textos.

### 1.3.3 Sobre a Análise de Conteúdo

Delimitar o escopo de análise desta pesquisa em torno de alguns argumentos e da escolha de determinados documentos – considerando a vasta disponibilidade de documentos para análise de aspectos da formação profissional em saúde – já demonstra os primeiros indícios analíticos deste trabalho.

A falta de análise de outros documentos como, por exemplo, os Relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), reduziu a amplitude do estudo. Contudo, a possibilidade de limitar os tipos de documentos e ampliar o período de análise contribuiu para a reflexão sobre o tema pela composição de uma fotografia panorâmica.

A análise documental foi realizada a partir dos fundamentos da Análise de Conteúdo em sua forma temática (Bardin, 2011), que se caracteriza como uma prática de sistematização e tentativa de conferir maior objetividade à análise dos textos. Para a autora, o tratamento dos dados ocorre a partir do desmembramento do texto em unidades, possibilitando a descoberta dos diferentes núcleos de sentido que compõem a comunicação com posterior categorização<sup>8</sup>.

A análise de conteúdo aparece como um *conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens* [...]. Tal como a etnografia necessita da etnologia para interpretar as suas descrições minuciosas, analista tira partido das mensagens que manipula para *inferir* (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo (Bardin, 2011, p.43 [grifo original]).

Os resultados dessa análise serão expostos a seguir, conciliando as três fases propostas por Bardin (2011) para a realização da análise temática: tratamento descritivo, interpretação e inferência. “Se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após

---

<sup>8</sup> A proposta de categorização está apresentada no capítulo seguinte.

tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra” (Bardin, 2011, p.43 [grifo original]).

### 1.3.4 Os Textos Analisados e suas Relações com o Contexto

Os textos compõem discursos – extraídos ou existentes – e são construídos para atender a objetivos específicos, dentro de determinados contextos sociais, econômicos, históricos, culturais e situacionais. A compreensão das finalidades e objetivos destes textos “possibilita colocá-los em perspectiva e possivelmente buscar mais dados a partir de outras fontes” (Charmaz, 2009, p.58).

Os relatórios finais das CNS apresentam as leituras, negociações e disputas sobre os problemas e as propostas para a política de saúde. As propostas aprovadas não são, necessariamente, consensuais (Guizardi et.al., 2004, p.17). Como indica Bourdieu, a produção do consenso se realiza no e pelo conflito:

[...] uma das minhas intenções, no uso que faço desses conceitos, é abolir a distinção escolar entre conflito e consenso, que nos impede de pensar todas as situações reais em que a submissão consensual se realiza no e pelo conflito (Bourdieu, 1990 p. 57).

Além disso, os textos existentes não refletem definições compartilhadas acerca de cada tópico, já que a dinâmica de construção de uma arena múltipla conta com a representação de coletivos e instituições com características e formulação de propostas específicas.

Charmaz (2009) chama atenção para o exercício da relatoria como um exercício de poder, pois “os redatores dos relatórios podem adotar definições que alteram ou contradizem

os significados dos seus leitores acerca de categorias aparentemente concretas” (Charmaz, 2009, p.61).

Já os textos das políticas formuladas pelo MS, especialmente as Portarias, apresentam características e objetivos distintos dos Relatórios. Baptista (2003) destaca que as portarias são instrumentos do Poder Executivo e destinam-se à operacionalização e regulação de uma política específica. Estes documentos possuem um processo de negociação mais ágil, visto que sua arena de negociação é próprio MS. Contudo, no setor Saúde,

as portarias têm assumido um papel de grande destaque, não só pelo quantitativo de documentos apresentados nos últimos anos, mas principalmente pelo forte poder de indução e definição da política setorial [...] Por esse motivo, também, as portarias têm sofrido severas críticas dos mais diversos grupos que interagem com o setor saúde e, em especial dos gestores estaduais e municipais e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **A principal crítica apontada é que as portarias têm desconsiderado aspectos importantes das leis, instituindo novas regras a todo instante, modificando leis e refazendo pactos políticos,** sem uma participação ampliada dos segmentos interessados, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o CNS. Assim, as portarias estariam atuando muito mais como um instrumento de concentração do poder decisório no Ministério da Saúde, do que como instrumento para a operacionalização da política (Baptista, 2003, p.105 [grifo original]).

Além da análise das características específicas dos textos e da interpretação da relação entre estas características e os seus sentidos possíveis, um dos desafios para a realização de pesquisas documentais é a tensa interação entre o texto e o contexto. Sobre este último aspecto, LaCapra (1998) destaca a noção de textualidade, pois para o autor não há contexto fora do texto, “a reconstrução de um “contexto” ou de uma “realidade” se produz sobre a base dos restos textualizados do passado<sup>9</sup>” (LaCapra, 1998, p. 241).

---

<sup>9</sup> Em consideração a esta indicação metodológica optou-se pela redação de um texto (capítulo 2) dedicado aos aspectos que caracterizam as CNS e os discursos sobre a formação profissional em saúde no período pré-Constituinte. Ainda que este não tenha sido um objetivo específico desta dissertação, tornou-se condição para que a pesquisa fosse realizada.

A noção de textualidade serve para fazer menos hermético o conceito de realidade, pois, “o contexto não responde a todas as questões da leitura e da interpretação” e o mundo real, comumente referido como contexto, “é textualizado de diversas maneiras” (LaCapra, 1998, p. 252).

### **1.3.5 Considerações Éticas**

Esta dissertação obedece às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – (CNS, 1996) e foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), com parecer nº 36510.

A pesquisa realizada ratifica os referenciais da Autonomia, Não-maleficência, Beneficência e Justiça que compõem os referenciais da Bioética, além do compromisso com os direitos e deveres dos sujeitos envolvidos com o estudo e a comunidade científica.



### A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ-CONSTITUINTE: UMA BREVE REVISÃO

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas legalmente no ano de 1937. Desde sua criação, as características institucionais, os objetivos, bem como o potencial de intervenção destes fóruns sobre as políticas de saúde têm sido diversificados ao longo do tempo (Bloch; Escorel, 2005).

Neste capítulo, pretende-se apresentar brevemente<sup>10</sup> as características das Conferências Nacionais de Saúde no período Pré-Constituinte (1937-1988), bem como a maneira que estes fóruns trataram as questões relativas à formação profissional em saúde. A análise deste período oferece o resgate de marcadores conceituais e históricos relevantes para o campo da Saúde Coletiva e para o estudo do período Pós-1988, que será apresentado no capítulo seguinte.

No primeiro governo Getúlio Vargas (1930-1945), foram constituídas e organizadas a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação, no âmbito da criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública<sup>11</sup>. Estas Conferências tinham o objetivo de possibilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à

---

<sup>10</sup> Para a redação deste capítulo, priorizou-se a análise realizada por pesquisadores do campo da Saúde Coletiva e, eventualmente, a consulta aos documentos originais.

<sup>11</sup> A partir do Decreto Nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930.

saúde e à educação realizada em todo o País e subsidiar o governo para a execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais (Brasil, 1930; 1937).

As Conferências deveriam ser convocadas pelo Presidente da República com intervalos máximos de dois anos e contavam com a participação das autoridades do governo, de técnicos do Ministério da Saúde e dos estados (Brasil, 1930; 1937).

Neste período as Conferências não possuíam caráter deliberativo ou de institucionalização da participação social como a partir de 1986, ano de realização da 8ª CNS. Eram reuniões técnicas, destinados à troca de informações e ao controle, por parte do governo federal, do fluxo de recursos financeiros e das ações desenvolvidas no âmbito estatal (Bloch; Escorel, 2005).

### **2.1 A 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Saúde**

A 1ª CNS aconteceu no ano de 1941, com os objetivos de discutir os seguintes problemas “da saúde e da assistência”:

- a) organização sanitária estadual e municipal;
- b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose;
- c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
- d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (Relatório Final da 1ª CNS, 1941 [mimeo, s/p]).

A 2ª CNS aconteceu nove anos depois da primeira<sup>12</sup>, em 1950. Teve como pauta principal a malária, mas tratou também de questões como as condições de higiene, segurança no trabalho e prestação de assistência médica sanitária para trabalhadores e gestantes (Bloch; Escorel, 2005).

---

<sup>12</sup> A periodicidade destes eventos nem sempre aconteceu com a regularidade prevista na legislação.

O período compreendido entre 1941-1961 representa o momento em que o Estado brasileiro tenta passar de um modelo populista nacionalista para um modelo desenvolvimentista. E, no que se refere ao modelo de atenção à saúde, este período caracteriza-se pelo Sanitarismo Clássico em que as maiores preocupações correspondiam à organização sanitária estadual e municipal, com ênfase na realização de “campanhas sanitárias para combate das grandes epidemias, concentração das decisões, em geral tecnocráticas, e pelas intervenções médicas nos corpos individual e social” (Sayd et al., 1998, p.170).

Desde o primeiro Governo Getúlio Vargas (1930-1945), o Estado brasileiro cumpriu o papel “de núcleo organizador da sociedade”, pautado pelo desenvolvimentismo e pela valorização do capitalismo industrial dependente do capital externo. Este modelo de Estado – que adquiriu suas características básicas sob a presidência de Getúlio Vargas e se manteve até o início da década de 1980 – possuía como uma de suas características centrais a ausência de espaço para a organização e mobilização autônoma de grupos sociais vinculados às classes populares (Sallum Jr, 2003).

## **2.2 A 3ª Conferência Nacional de Saúde**

A 3ª CNS, realizada apenas em 1963, treze anos após a 2ª CNS, representa um período de *transição*, uma vez que “não faz mais parte, a rigor, de um período campanhista, por apresentar já um perfil de propostas de planejamento mais global para a área de saúde, inclusive atribuindo a instâncias locais o poder de encontrar suas soluções” (Sayd et.al., 1998 p. 172).

Esta CNS é reconhecida pelo seu grau de politização e pela ênfase nas pautas de municipalização e descentralização. Foi realizada durante o Governo João Goulart em um período de discussão sobre os rumos do País, com expressões mais polarizadas entre os modelos de desenvolvimento social e econômico propostos pela “esquerda” e “direita”. Destarte, discutiu as seguintes questões: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização da saúde e a fixação de um Plano Nacional de Saúde (Sayd et.al., 1998 p. 171).

No que se refere à formação profissional, pela primeira vez uma Conferência mencionou questões como a necessidade de uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico. Foi proposto, por exemplo, que o ensino técnico fosse descentralizado, “assim a qualificação seria mais barata, menos complexa e mais adequada ao meio onde as atividades seriam exercidas”. Também se discutiu que a formação “deve ser adequada às condições sociais em que o profissional vai exercer sua atividade” (Sayd et.al., 1998, p. 171). Destaque-se aqui o ideal racionalizador de custos para as atividades de formação e, como marcador discursivo que trata dos profissionais de saúde, o termo ‘pessoal’.

### **2.3 A 4ª Conferência Nacional de Saúde**

A 4ª CNS foi realizada no ano de 1967, já na vigência de Ditadura Militar. Neste período, as Conferências voltaram a ter um enfoque mais técnico, tratando de questões como

a Malária e a política de ‘recursos humanos (RH)’<sup>13</sup>, que foi o principal tema da Conferência.

A partir da 4ª CNS, as demandas sobre a formação profissional em saúde tornam-se mais evidentes, bem como as disputas conceituais e operacionais que marcam esta área no campo da Saúde. Ressalte-se ainda nesta Conferência a presença de representantes do Ministério da Educação e da Cultura (MEC), marcando algumas definições da formação profissional em saúde, como

os níveis de formação (superior, médio e elementar) usados na esfera educacional, suas funções, requerimentos, necessidades e hierarquia dentro da equipe de trabalho em saúde, sublinhando então, como fundamental, a responsabilidade solidária que deve existir entre os Ministérios da Educação e Cultura, e da Saúde, para a habilitação, treinamento e aperfeiçoamento desses recursos humanos (Sayd et al., 1998, p. 175).

A discussão sobre a política de RH para a Saúde teve três eixos de trabalho: 1) o profissional de saúde de que o Brasil necessita; 2) pessoal de nível médio e auxiliar; 3) as responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde (Bloch; Escorel, 2005; Sayd et al., 1998).

Do ponto de vista dos relatórios, pela primeira vez encontra-se a expressão ‘recursos humanos’<sup>14</sup>, em substituição ao apresentado anteriormente – pessoal. A opção por esse

---

<sup>13</sup> Para Gadelha e Martins (1988), a predominância da discussão sobre o tema recursos humanos, bem como seu tratamento técnico depois de toda a efervescência política da Conferência anterior, estaria relacionada aos interesses pela mercantilização do cuidado em saúde, representados pelo então Ministro da Saúde, Leonel Miranda, e pela supressão da ideia de um sistema de saúde estatal.

<sup>14</sup> O conceito de ‘recursos humanos’ é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos ‘recursos humanos’ envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS (Vieira, 2009, p. 343).

conceito está relacionada, dentre outras questões, às mediações do campo da Saúde com outros campos do mundo social, como Economia, Administração e Gerência, etc.

Há que se considerar também a influência de organismos internacionais, em especial a OPAS/OMS, tanto no que se refere à ênfase na constituição de uma política de recursos humanos em saúde, como na adoção deste conceito ao longo das décadas de 1960 e 1970<sup>15</sup>, período em que ele surge no âmbito das CNS.

Esta opção estaria relacionada à ênfase no “*desenvolvimento* como ideia orientadora das políticas públicas e do *planejamento* como umas das suas formas de realização, os trabalhadores e a sua capacidade de trabalho passaram a ser considerados como um dos recursos-chave a serem mobilizados na empreitada desenvolvimentista” (Pires-Alves et. at., 2010, p. 68).

Constitui marco histórico deste processo a criação da área destinada ao desenvolvimento de recursos humanos na OPAS ainda na metade da década de 1960, com o objetivo de integrar suas ações aos planos regionais e nacionais de Saúde. O primeiro acordo de cooperação técnica em recursos humanos para a saúde entre a OPAS e o governo brasileiro é de meados da década de 1970, mas a influência deste organismo nas discussões se dá desde a década de 1960 até os dias de hoje (Pires-Alves et al., 2010).

As mudanças propostas na área de recursos humanos se relacionam também à emergência dos projetos preventivista e da Medicina Social na América Latina e no Brasil. Para Nunes (1994<sup>16</sup>, p.6), a emergência desses projetos “reflete, de um modo geral, o contexto sócio-econômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises,

---

<sup>15</sup> Este momento caracteriza também a origem da Economia da Educação e, como parte do seu acervo teórico, *das teorias do capital humano* (ESCOBAR, 1998; RIST, 2002 apud Pires-Alves et al, 2010).

<sup>16</sup> Neste trabalho, intitulado ‘Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito’, o pesquisador Everardo Duarte Nunes “procura resgatar de forma sintética a trajetória histórica e conceitual da Saúde Coletiva, evidenciando as suas raízes nos projetos preventivistas e da medicina social” (Nunes, 1994, p.5).

presentes tanto no plano epistemológico, como das práticas em saúde e da formação de recursos humanos”.

É neste cenário que se discute e se tenta implantar a ideia de um campo de saber e práticas denominado de Medicina Preventiva e Social, cujos principais contornos traçamos acima, e que se converte em um movimento que se estende até os anos 70. Também, meados de 60, é quando se instaura na América Latina a questão do planejamento em saúde veiculada pela proposta CENDES/OPS, que, dentro de uma visão economicista, fixava como básica a determinação da relação custo/benefício (Nunes, 1994, p.5).

A origem de um projeto preventivista nos países da América Latina teve início na segunda metade dos anos 50, a partir de reuniões de que se realizaram no Chile e no México que diagnosticavam “a crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática. É interessante que as reformas que vão ser defendidas aparecem estreitamente vinculadas a um projeto pedagógico, e não de reforma direta das práticas médicas” (Nunes, 1994, p. 6).

Sobre a crise da saúde no plano nacional, o período do “milagre brasileiro” (1968-1974) pode ser caracterizado pelo estabelecimento de uma política de saúde que aliava campanhismo e curativismo, pela assistência médica condicionada à assistência previdenciária, tornando a saúde um bem de consumo de massa ou a indústria da doença (Sayd et al.1998).

É neste contexto que o campo de saberes e práticas da Medicina Preventiva e Social surge no Brasil e se estende até o final dos anos 1970, difundido sobretudo pelos recém criados Departamentos de Medicina Preventiva e Social nas Universidades e pela criação dos programas de Residência médica que propunham a integração entre a medicina preventiva e a curativa (Nunes, 1994).

No plano acadêmico, durante a década de 1970 são produzidos trabalhos que criticam o modelo médico hegemônico e discutem as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública, dentre os quais se destacam as produções do médico, sociólogo e historiador argentino Juan César Garcia<sup>17</sup> e, nacionalmente, a tese o Dilema Preventivista, do médico e professor Sérgio Arouca<sup>18</sup>.

## 2.4 A 5ª Conferência Nacional de Saúde

A 5ª CNS aconteceu em 1975, ano em que o Brasil estava sob a Presidência do General Ernesto Geisel e tinha como Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado. Essa CNS teve como eixo central de discussão o Sistema Nacional de Saúde, promulgado pela Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975.

O contexto nesse período é o do governo militar, com controle burocrático-autoritário do aparato de Estado, com anulação da discussão política no processo decisório, trocada pela tomada de decisão “racional”, no plano “técnico”, portanto indiscutível. Esse período compreende dois momentos da História do Brasil: o primeiro é o chamado “milagre brasileiro” – 1968 a 1974; o segundo, corresponde à crise iniciada pelo aumento internacional dos preços do petróleo, vai de 1974 a 1984 (Sayd et al.1998, p. 172).

---

<sup>17</sup> Juan César Garcia foi um dos pioneiros da Medicina Social na América Latina, trabalhou na OPAS entre os anos de 1966 até seu falecimento em 1984. Seu primeiro trabalho na Organização foi no Departamento de Recursos Humanos, quando realizou um estudo sobre o ensino da medicina Preventiva e Social na América Latina (Castro, 2008).

<sup>18</sup> Sérgio Arouca foi professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp), onde inicia o Doutorado. Em sua tese, Arouca mescla “elementos conceituais do pensamento marxista com a então recente formulação foucaultiana da *Arqueologia do Saber*, faz a crítica aguçada à concepção liberal e individualista que dava sustentação à medicina preventiva brasileira [...]. A dimensão das ideias colocadas na tese faz a direção da Unicamp retardar em um ano sua defesa. Arouca parte então para a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, sendo acolhido na Escola Nacional de Saúde Pública, hoje batizada com o seu nome (Miranda, 2003). Alguns autores aludem a atitude do Reitor na Unicamp à “censura” dos trabalhos acadêmicos durante a Ditadura Militar, o que contribuiu para o êxodo de vários profissionais para o Rio de Janeiro (Castro, 2008).



O Relatório Final da 5ª CNS está organizado a partir de cinco eixos: 1) Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2) Programa de Saúde Materno-infantil; 3) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4) Programa Nacional de Controle das Grandes Endemias e 5) Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (Relatório Final da 5ª CNS, 1975).

A organização dos temas demonstra que a Conferência tinha como objetivo a elaboração de uma Política Nacional de Saúde. Participaram desta Conferência representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde, propostas como arranjo de descentralização do Sistema Nacional de Saúde, além do Ministério da Previdência e Assistência Social que havia sido criado recentemente (Sayd et.al. 1998, p.179).

No que se refere à questão da formação e do trabalho em saúde, teve destaque a crítica à ausência de planejamento no sistema de ensino brasileiro, à oferta de cursos de formação profissional e à desarticulação com as necessidades socioeconômicas; à concentração das instituições de ensino na faixa litorânea e no centro-sul; à carência de auxiliares, técnicos e tecnólogos (Sayd et.al. 1998).

Nos últimos decênios, caracterizou-se a insuficiência de coordenação e de entrosamento entre entidades e agentes de saúde como causa responsável, em parte, pela baixa produtividade geral do Setor. O reconhecimento dessa falha orientou o governo no sentido de fixar, prioritariamente, uma nítida definição do quadro institucional vigente (Discurso proferido pelo Presidente Ernesto Geisel. *In*: Relatório Final da 5ª CNS, 1975, p.2).

A necessidade de um maior contingente de profissionais se tornara evidente diante do imperativo da ampliação dos serviços médico-assistenciais na área materno-infantil e em territórios rurais, conforme definido no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) do Brasil (Relatório Final da 5ª CNS, 1975).

A respeito da formação médica, criticou-se a ênfase no atendimento individual, complexo e de alta especialização, em detrimento da saúde pública e atendimento preventivo. No que se refere, por exemplo, ao tema 2 – Programa de Saúde Materno-infantil, menciona-se a “deficiência qualitativa e quantitativa dos **recursos humanos** disponíveis”, assim como a recomendação de “formação de **peçoal** de nível universitário e auxiliar para atender às diversas atividades do programa” (Relatório Final da 5ª CNS, 1975 [mimeo] s/p).

No texto do relatório, são encontradas tanto as expressões ‘peçoal ou treinamento de peçoal’ quanto ‘recursos humanos’.

## 2.5 A 6ª Conferência Nacional de Saúde

A 6ª CNS ocorreu no ano de 1977, dois anos depois da anterior e na continuidade da gestão do Presidente e do Ministro da Saúde já mencionados. Nesta Conferência, foram debatidas questões como a situação do controle das grandes endemias; a operacionalização dos novos diplomas legais para a área da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde (Relatório Final da 6ª CNS, 1977).

No Relatório Final da 6ª CNS constam referências às dicotomias entre saúde/doença, indicando a possibilidade da polaridade entre prevenção e tratamento limitar o acesso aos serviços de saúde e concentrar as demandas dos usuários na área de recuperação da saúde (Relatório Final da 6ª CNS, 1977). Como propostas de intervenção foram sugeridas a ampliação de cobertura de serviços básicos de saúde, inclusive de saneamento, assim como a articulação dos serviços de saúde e educação no sentido de garantir que

no ensino normal das profissões de saúde e ocupações de saúde, seja enfatizado o exercício prático das ações preventivas; é ainda importante ressaltar a valorização da educação de base da população e a maior divulgação dos objetivos dos serviços, com ênfase à utilização das ações preventivas (Relatório Final da 6ª CNS, 1977, p.51).

Para Sayd, et al. (1998), o Relatório evidencia dicotomias que marcam o campo de atuação da Saúde Pública no Brasil: assistência médica/saúde pública, medicina curativa/medicina preventiva. Esta dualidade marcava a separação entre as atividades de *assistência*, que representavam as “necessidades sentidas” pela população, financiadas pela Previdência por meio de contratação de empresas privadas para venda de serviços assistenciais especializados; e as de *formação*, pois ao Ministério da Saúde também cabia formar Sanitaristas<sup>19</sup> para atuar sob as “necessidades não sentidas”, nos programas de saúde verticais.

Admitiu-se como indispensável colocar o sistema formador de recursos humanos compatibilizado com o sistema utilizador desses recursos, de tal sorte que a formação de profissionais seja sempre realizada em função das necessidades sentidas e não sentidas das comunidades (Relatório Final da 6ª CNS, 1977, p.58).

## 2.6 A 7ª Conferência Nacional de Saúde

A 7ª CNS aconteceu no ano de 1980, durante o Governo do General João Baptista Figueiredo e já em um contexto de anistia política. Este período foi marcado por fortes posicionamentos dos opositores do governo, aceleração da abertura política e greves de trabalhadores em âmbito nacional, notabilizando a dívida social com a sociedade brasileira (Sayd et al., 1998).

Neste contexto, um grupo técnico composto por representantes do Ministério da Saúde e da Previdência Social elabora o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Pretende-se com ele uma reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo as áreas de saneamento e habitação. O projeto é inspirado nas ideias emanadas da Conferência de Alma-

---

<sup>19</sup> No ano de 1977, foi sancionada a lei que estabelece a carreira de Sanitarista. A dualidade entre formação para a clínica e para a Saúde Pública parece permanecer ou se atualizar com a recente criação no Brasil de graduações em Saúde Coletiva, uma agenda dos anos 2000. Nesta mesma época, os currículos das graduações da área de saúde passaram a ser orientados pelas DCN, que sinalizam para um conceito ampliado de saúde e faz referências à Saúde Coletiva e ao SUS.

Ata em 1978, em que vários países acordaram ser a atenção primária e a participação comunitária a melhor maneira de se atingir a meta – “Saúde para todos no ano 2000” –, e em algumas experiências focais brasileiras, como o projeto de Montes Claros e o Plano de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) (Sayd et al., 1998, p. 184).

A partir destas discussões, e sob o pretexto de promover o debate sobre os temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do PREV-SAÚDE, o tema central da Conferência foi a “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Os subtemas dessa CNS foram:

- Regionalização e organização de saúde nas unidades federadas;
- Responsabilidade e articulação interinstitucional (federal, estadual e municipal);
- Saneamento e habitação nos serviços de saúde;
- **Desenvolvimento de recursos humanos;**
- Supervisão e educação continuada;
- Alimentação e nutrição;
- Saúde mental e doenças crônico-degenerativas;
- Odontologia;
- Informação e vigilância epidemiológica;
- Os serviços básicos de saúde e as comunidades;
- Articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde (Relatório Final da 7ª CNS, p.204 [grifo nosso]).

O painel que tratou do tema ‘Desenvolvimento de Recursos Humanos’ contou com as seguintes apresentações: a) Ação Integrada Ministério da Saúde/ Secretarias de Saúde na Capacitação dos Recursos humanos para os Serviços Básicos, em que a então Secretária de Recursos Humanos do MS, Drª Lia Celi Fanuck apresentou alguns dos problemas da área: **necessidade de inserção dos profissionais no contexto das comunidades, substituição da especialidade pela generalidade e a necessidade de adequação dos cursos de graduação às necessidades dos serviços;** b) O INAMPS na formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde; c) Recursos Humanos de Enfermagem e Serviços de Saúde, em que a professora Lygia Paim apresentou os desafios quantitativos e qualitativos da área, e, d) O

Médico e os Serviços Básicos de Saúde, onde o representante do Sindicato dos Médicos João Carlos Serra apresentou aspectos da profissão Médica relacionados às **características do Setor Saúde no Brasil, o papel social do médico e o mercado de trabalho, a ideologia profissional e os desafios para o currículo das instituições de ensino e para a formação médica** (Anais da 7ª CNS, 1980 [grifos nossos]).

Neste painel, em especial nas duas últimas apresentações ganham visibilidade as análises sobre a *organização social das práticas de saúde* a partir da Enfermagem e da Medicina. Esta compreensão tem como referência fundamental, para o campo da Saúde Coletiva, o trabalho da professora Cecília Donnangelo nas teses ‘Saúde e Sociedade’ e ‘Medicina e Sociedade’ que revelaram o caráter mercantil e capitalista da prática médica inspiradas pelo referencial do materialismo histórico-dialético (Donnangelo, 2011; 2011a<sup>20</sup>).

A categoria teórica *força de trabalho em saúde* é central na produção teórica de Donnangelo e na análise das profissões da saúde no Brasil, pois rompe “com a visão de que o modo de executar as práticas médicas e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social” (Peduzzi; Schraiber, 2009, p. 320).

A partir desta categoria, produziram-se estudos sobre o mundo do trabalho, sob diferentes vertentes como a produtividade, a caracterização da distribuição de profissionais no mercado e a insuficiência de materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial, propondo que as análises sobre o trabalho e os trabalhadores da saúde,

---

<sup>20</sup> O livro *Saúde e Sociedade* foi escrito a partir da tese *Medicina e Sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*, defendida em março de 1973. O livro *Medicina e Sociedade* foi originalmente apresentado, em março de 1975, como tese de livre-docência intitulada *Medicina e estrutura social, o campo de emergência da medicina comunitária*, ambas defendidas no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

ultrapassem o viés “aparentemente profissional” e abram espaço para uma compressão das práticas como um trabalho social (Mota et.al., 2004).

Em sua tese de livre-docência – Medicina e Sociedade – Donnangelo realizou pesquisa de campo sobre a profissão médica, caracterizando as formas de participação do médico no mercado de trabalho e com o conjunto dos meios de produção. A *força de trabalho* teve como elementos de análise: aspectos quantitativos, referentes ao número de médicos e sua concentração no setor urbano-industrial da sociedade brasileira; e o desenvolvimento científico tecnológico, que tratou da incorporação de novos elementos científicos e técnicos ao processo de produção de serviços de saúde, marcando as relações entre o saber e o fazer da prática médica (Donnangelo, 2011a).

## **2.7 A 8ª Conferência Nacional de Saúde**

A abertura política com o processo de redemocratização, que aconteceu a partir da década de 1980, produziu efeitos importantes no campo das políticas públicas no Brasil. No ano de 1985, teve início a chamada Nova República no Brasil, com a eleição do último presidente de forma indireta, Tancredo Neves, que faleceu antes de assumir o mandato, e posse do então vice-presidente, José Sarney no ano de 1985.

Neste período, evidenciavam-se as “exigências de grupos mais politizados, para formulação de novas políticas sociais, que assegurassem o pleno direito da cidadania e permitissem superar a chamada dívida social histórica” (Sayd et al, 1986, p. 186). Sob este contexto, entre os dias 17 e 21 de março de 1986 aconteceu em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Algumas das características mais marcantes deste fórum foram: a ampliação da participação popular, com a participação direta de mais de 4.000 pessoas; a realização de pré-conferências estaduais e municipais, bem como o grau de politização dos

debates, que destacou aspectos importantes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da posterior estruturação do SUS (Relatório Final da 8ª CNS, 1986).

Esta Conferência foi

reflexo do intenso debate político e das reivindicações por uma cidadania plena, no setor saúde aconteceram mudanças significativas: a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada sob o lema “Democracia é Saúde”, em 1986, teve suas teses intensamente debatidas em grupos da sociedade<sup>21</sup> que compareceram em massa às plenárias. **Pela primeira vez, na história do País, uma discussão sobre saúde, realizada sob os auspícios do Estado, foi deslocada de uma perspectiva estritamente medicalizada para o plano político** (Sayd et al, 1986, p. 186 [grifos nossos]).

A 8ªCNS tornou-se marco por ter discutido a necessidade de reformulação do setor Saúde no Brasil, bem como os princípios e propostas para a estruturação do SUS. Na Introdução do Relatório, há destaque para questões que seriam, do ponto de vista da Relatoria, centrais para a compreensão das disputas que marcaram a realização da 8ª CNS, e, por conseguinte, o processo de estruturação do SUS:

*Defesa dos princípios da Reforma Sanitária:* A partir da compreensão de que as modificações necessárias ao setor saúde “transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente institucional” (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p.2).

*Estatização do Sistema Nacional de Saúde:* imediata ou progressiva. Esta questão mobilizou, certamente, a maior parte dos debates da Conferência. “A proposta de estatização

---

<sup>21</sup> Participaram das plenárias quase todas as instituições do setor, entidades representativas da sociedade civil, representantes de grupos profissionais e de partidos políticos (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986). Conforme destacado anteriormente, até a 7ª CNS a participação neste fórum estava restrita aos representantes do Governo (técnicos e burocracia governamental).

imediate foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público”. A participação do setor privado, se daria, neste caso, sob serviço de “caráter público concedido” (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p.2).

*Separação entre Saúde e Previdência:* sob o entendimento majoritário de que a Previdência Social se encarregaria das ações de “seguro social” e a saúde “estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas” (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p.3).

O Relatório Final está organizado a partir de três temas: 1 – Saúde como Direito; 2- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3 – Financiamento do Setor. No segundo item, são apresentadas as propostas relacionadas à “política de recursos humanos”, em que constam: remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categoriais profissionais; capacitação e reciclagem permanentes; admissão através de concurso público, composição de equipes multiprofissionais, formação profissional em saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado, e inclusão no currículo de ensino em saúde das práticas alternativas (Relatório Final da 8ª CNS, 1986).

Do ponto de vista da formação profissional, o Relatório final desta Conferência faz críticas à organização do ensino e das práticas de saúde e apontou para uma diretriz de formação contínua dos trabalhadores do setor. Essa diretriz de formação contínua foi incluída na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica nº 8080/1990 e nas normas operacionais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, expressões que reafirmam a capacidade que este fórum teve na estruturação da política de saúde no país.

Ademais, o relatório da 8ª CNS indicou questões que puderam ser aprofundadas durante a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), realizada



no período de 13 a 17 de outubro de 1986, em Brasília, com o tema “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”.

O relatório final da 8ª CNS representa até os dias atuais um documento político e uma síntese de determinados princípios, dentre os quais, o da participação popular.

**A 8ª CNS inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde**, que será ampliado, aprimorado e regulamentado nas Conferências posteriores. Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, **o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS**, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 (Bloch; Escorel, 2005, p.97 [grifos nossos]).

### A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO PÓS-1988

O presente capítulo analisa aspectos da trajetória discursiva da formação profissional em saúde no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, que aconteceram no período compreendido entre os anos de 1988 e 2010. Assume-se como marco histórico a publicação da Constituição Federal (CF), no ano de 1988, sobretudo em função do novo contexto de institucionalidade no País e na política de Saúde, e como símbolo de um “processo mais amplo de lutas políticas travadas na arena nacional, pelo menos desde a década de 1970” (Mattos, 2006, p.42).

A respeito da política de saúde, consideraram-se dois aspectos: a definição da participação da comunidade como uma diretriz de gestão do SUS e os desafios com relação à formação e atuação profissional dos trabalhadores da Saúde no contexto de estruturação e implementação do SUS.

Para melhor apresentação e exposição da análise, optou-se pela subdivisão do capítulo em três seções. A primeira, resgata aspectos da política de saúde que decorrem da 8ª CNS e da publicação da CF de 1988, no sentido de indicar alguns dos desafios e possibilidades para as pesquisas que, assim como esta, se dedicam à análise deste período mais recente da história brasileira. A segunda, apresenta questões sobre o contexto e as características das CNS a

partir deste novo momento de institucionalidade da política de saúde e do controle social<sup>22</sup> no Brasil. A terceira, aborda o conteúdo e os argumentos dos discursos sobre a formação profissional em saúde nestas CNS. Esta parte foi realizada a partir da identificação de questões sobre a formação no âmbito da graduação em saúde nos Relatórios Finais das CNS e posterior análise temática.

### **3.1 A Reforma Sanitária Brasileira como um Processo em Curso e Alguns Desafios para a Política de Saúde no Pós-1988**

As análises sobre o processo recente de construção do SUS como desdobramento do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) compõem um amplo quadro de possibilidades de pesquisa; seja do ponto de vista da análise de políticas, ou dos referenciais teóricos e empíricos que se apresentam a partir do novo padrão das relações entre o Estado e a sociedade brasileira.

Até a década de 1960, a política de saúde estava inscrita em um contexto de industrialização tardia e instauração de governos populistas no Brasil, marcadamente distinto daquele que originou a social-democracia e os sistemas de proteção social universais em alguns países europeus. O sistema de proteção social brasileiro não se orientava pelos princípios da universalização e garantia do mínimo vital para os cidadãos, mas pela diferenciação das categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios, que incluía o acesso aos serviços de saúde (Teixeira, 1989).

Assim, destacam-se aqui dois momentos bem definidos nos rumos da política de saúde nacional: o primeiro, anterior à publicação da Constituição Federal de 1988 e marcado pelas disputas pela redemocratização do Estado brasileiro, e o segundo, que decorre deste processo

---

<sup>22</sup> Ressalte-se aqui que neste período, as Conferências deixam de ser arenas técnicas da gestão do MS e passam a compor o controle social na área da Saúde (Lei 8.142/1990).

político, segue em curso a partir dos anos noventa e lida com a complexidade da implementação do SUS (Baptista, 2003).

O enunciado da política de saúde no Brasil quando colocado em prática exigiu a revisão de instituições, direitos e compromissos políticos de muitas partes. Assim, o processo político tornou-se muito mais complexo do que no momento de sua formulação com muitos e novos atores entrando em cena com interesses difusos e acentuando as disputas corporativas abafadas pelo próprio movimento reformista (Baptista, 2003, p.135).

O projeto da RSB inaugurou um novo momento político-institucional na trajetória da política de saúde no Brasil a partir da construção de novos referenciais de saúde, direito à saúde e cidadania para a população. Esse modelo propôs o rompimento do padrão de política pública historicamente existente, que se caracterizava pelos benefícios restritos a determinados grupos sociais. São inovações e conquistas do novo modelo: o compromisso do Estado na integração entre setores e políticas econômicas e sociais capazes de melhorar as condições de vida e de saúde da população; e a construção de um sistema de saúde universal, igualitário e complexo do ponto de vista da assistência às diversas necessidades de saúde (Baptista, 2005).

No que se refere à produção teórico-conceitual que subsidiou o movimento sanitário, tiveram ênfase a adoção do referencial da *determinação social do processo saúde-doença* (Paim, 1997) e as discussões sobre a *organização social das práticas de saúde* (Donnangelo, 2011)<sup>23</sup>, como demonstra o conceito de saúde formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, **a saúde é** a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, **o resultado das formas**

---

<sup>23</sup> No capítulo anterior, discutiu-se a relevância da produção teórica sobre a organização social das práticas de saúde e da força de trabalho em saúde para a compreensão das práticas de saúde no contexto de produção das relações entre a Medicina e o Capitalismo.

**de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida** (Relatório Final da 8ª CNS, 1986 p.4 [grifos nossos]).

O contexto de repressão da Ditadura Militar e a necessidade de democratização do Estado propiciaram o fortalecimento e o protagonismo de diversos movimentos sociais, profissionais e de estudantes do campo da saúde, bem como a constituição de coletivos como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que foram criados, respectivamente, em 1976 e 1979, entidades que compuseram o movimento sanitário e as bases da RSB (Rodrigues, 2009).

Também influenciaram estas discussões as proposições de uma releitura social da Medicina Preventiva e Integral, e posteriormente da Medicina Comunitária, nos Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, bem como a criação dos cursos de pós-graduação do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Escola Nacional de Saúde Pública (Schraiber, 2008).

Paim (2008a) considera que a RSB pode ser analisada sob diversas formas: *ideia – proposta –projeto - movimento e processo*. Como um processo, opção adotada para reflexão nesta dissertação, a RSB representa:

Um conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais-econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada **após a VIII CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88**. Esse processo envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) [...] As práticas de saúde têm, por conseguinte, uma natureza técnica, mas, ao mesmo tempo, são práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas (Paim, 2008a p.171 [grifo nosso]).

Esta opção permite uma leitura da RSB a partir da materialidade dos fatos históricos e políticos que aconteceram no pós-1988, uma vez que a conquista de um sistema político democrático, a construção de um arcabouço legal e a existência de um determinado movimento social não foram suficientes para a implementação da Reforma Sanitária de acordo com o que postulava seu *projeto*. Por mais que a RSB tivesse como proposta a realização de uma “reforma geral e teorizada para alcançar a revolução do modo de vida, apresentaria como desfecho uma reforma parcial, setorial e institucional” (Paim 2008b, p.625).

O processo de institucionalização da RSB em curso a partir do SUS apresenta, por exemplo, dilemas no financiamento<sup>24</sup> e em seu modelo de gestão, pautado pela precarização nas relações de trabalho, desregulamentação da demanda dos planos privados (que não assistem integralmente seus afiliados), desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros), inibição das políticas intersetoriais, vinculação de interesses clientelistas, corporativos e financeiros em setores do Ministério da Saúde, e delegação das responsabilidades do Estado a entes privados (Santos, 2009).

Ainda assim, transformou-se no projeto nacional de maior inclusão social (Rodrigues, 2009; Silva, 2009).

Na contramão do que ocorreu no continente latino-americano e na quase totalidade dos países emergentes, e contraditoriamente à conjuntura internacional, em um momento de perda de hegemonia dos estados de bem-estar social e de ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, consolidando, no artigo 196 da Constituição Federal, o princípio de que ‘saúde é direito de todos e dever do Estado’. Mesmo que a plenitude desse direito não esteja assegurada, o processo de implementação do SUS tem mostrado

---

<sup>24</sup> O financiamento do SUS é da ordem de 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB). Na América Latina e Caribe, os gastos totais médios neste setor situam-se entre 7% e 8% do PIB. Na maioria dos países europeus, os gastos totais em saúde situam-se entre 7 e 10% do PIB (Silva, 2009).

ampliação do acesso da população aos serviços e, além do mais, contribuído para incorporar o direito à saúde, como uma condição de cidadania na cultura da população (Silva, 2009 p.39).

Mattos (2006) também considera como avanços inegáveis do SUS, a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, a construção de um arcabouço institucional para responder à diretriz da participação popular expresso pela criação dos conselhos e conferências de saúde, a descentralização e o envolvimento mais expressivo de um conjunto de atores em seu processo de construção. Como desafio, ressalta a implementação de “propostas que visam diretamente a modificar o modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais” (p.44-45).

Assim, ainda que pareça haver consenso de que as propostas de mudança no setor exigem análises e revisões nos modelos de práticas e de formação dos profissionais, a racionalidade biomédica continua sendo hegemônica nas práticas e no modelo de formação profissional, com repercussões na reprodução do caráter prescritivo, normatizador e mecanicista nos modos de cuidar da população e, por conseguinte, limitando o potencial das conquistas projetadas e atingidas pelo movimento sanitário.

### 3.2 O Controle Social a partir das Conferências Nacionais de Saúde no Pós-1988

O ideário reformista trabalhava com **“a ideia de que a revolução política da saúde provocaria outras revoluções e transformaria o próprio Estado, configurando um autêntico Estado de Bem-Estar Social”**<sup>25</sup>(Baptista, 2003, p.141 [grifo original]).

---

<sup>25</sup> Em nota de rodapé da autora, consta a seguinte explicação: “Talvez o ideário à época fosse mais de um Estado socialista do que de bem-estar na vertente social-democrata. Nesse sentido, o autêntico se refere à capacidade de garantia efetiva do bem-estar pelo Estado e não necessariamente de conformação de um Estado nos moldes *welfaristas* (Baptista, 2003, p.141).

Neste cenário, a democratização da própria política de saúde, a partir do controle exercido pela população sobre as ações do Estado, tornou-se uma das diretrizes do projeto reformista e do SUS. É a partir da 8ª CNS, realizada em 1986, com ampla participação dos segmentos da sociedade civil reivindicando a democratização da saúde e o acesso universal, que a expressão *controle social* passa a corresponder à ideia de participação social, significando, portanto, o controle de setores organizados da sociedade civil sobre as políticas públicas e sobre o Estado (Oliveira, 2009).

Na verdade, os anos 1980 marcam o dilema da necessidade de efetivação das políticas públicas a partir do controle democrático. Em vários países, em especial na Europa ocidental e na América Latina, vêm se constituindo desde então modelos e dispositivos de gestão de políticas públicas que incluem a descentralização, os mecanismos de responsabilização dos gestores, a gestão por resultados, o controle social e a incorporação de dispositivos que visam convocar cidadãos e a sociedade civil organizada para atuarem politicamente na gestão pública (Milani, 2008).

No caso específico da América Latina, este processo também coincide com os movimentos de reforma da administração pública, em que a participação social vem se constituindo como princípio organizativo central e como modelo da gestão pública local (Milani, 2008).

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990<sup>26</sup> define as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de controle social na Saúde. A nova legislação renova estes fóruns ao instituir a participação da comunidade na gestão do SUS, a provisão de mais recursos para as esferas estaduais e municipais, a ampliação dos controles institucionais e societários sobre os três níveis de governo, o aumento das ações dos poderes

---

<sup>26</sup> A Lei “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (Brasil, 1990b).



Legislativo e Judiciário e o reconhecimento dos movimentos sociais e de organismos não governamentais como atores legítimos de controle dos governos e a universalização de algumas políticas sociais, em particular a saúde pública (Souza, 2005).

A lei 8.142/1990 define ainda que

[...] a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990b).

A participação da comunidade no controle e gestão das políticas públicas também é reivindicação histórica de alguns movimentos sociais, sobretudo no contexto brasileiro de tardia democratização do Estado e crise da representação política da sociedade civil. Entretanto, justificada por diversos interesses conforme apresentado acima, a institucionalização da participação social apresenta desafios que incluem a relação entre os atores governamentais e não governamentais e a participação efetiva nos processos de tomada de decisão, já que, no melhor dos casos, os atores não governamentais são convocados somente antes e depois da negociação (Milani, 2008).

O novo papel assumido pelas Conferências Nacionais de Saúde no pós-1988 produziu novos arranjos, características e desafios para as cinco conferências realizadas no período compreendido entre os anos de 1988 e 2010 (9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> CNS). A seguir, pretende-se apresentar o contexto e algumas características destes fóruns, as *condições de produção*<sup>27</sup> dos seus Relatórios Finais e dos discursos sobre a formação profissional em saúde.

---

<sup>27</sup> “Qualquer análise de conteúdo visa, não o estudo da língua ou da linguagem, mas sim a determinação mais ou menos parcial do que chamamos as condições de produção dos textos, que são o seu objeto. O que tentamos caracterizar são estas condições de produção e não os próprios textos. O conjunto das condições de produção

É válido ressaltar que as características tratadas aqui não são suficientes para retratar todo o contexto social e sanitário do país e de realização das CNS, afinal este trabalho não tem como objetivo reconstituir esta trajetória histórica. Contudo, reconhecemos a importância de apresentar alguns aspectos desse contexto para ampliar as possibilidades de análise e mapear possíveis marcos e descritores envolvidos mais diretamente com a produção dos discursos analisados nessa pesquisa.

### 3.2.1 A 9ª Conferência Nacional de Saúde

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre os dias 09 e 14 de agosto de 1992, quatro anos após a publicação da Constituição de 1988, seis anos após a realização da 8ª Conferência e em um contexto de agudização da crise econômica e ética que marcou o governo de Fernando Collor de Mello.

O governo Collor, apesar de ter sido o primeiro eleito diretamente pela população após a Ditadura Militar, defendia a diminuição das responsabilidades públicas em relação à saúde, o que pode ser evidenciado pelos vetos à Lei 8.080, a maioria deles relacionados ao princípio da “participação da comunidade” (Pinheiro et. al, 2005).

A 9ª CNS foi realizada após as etapas municipais e estaduais e reuniu quase 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1.500 observadores, nacionais e internacionais” (Relatório Final da 9ª CNS, 1999,p.13). Pereira (2005) indica, entretanto, que esta Conferência não mobilizou os movimentos sociais, o que foi uma característica marcante da 8ª CNS.

---

constitui o campo das determinações dos textos (P. Henry e S. Moscovici, “Problèmes de l’analyse de contenu”, em *Langage*, Setembro 1968 n. II *apud* Bardin, 2011).

A partir desta CNS os Relatórios começam a apresentar cartas dirigidas à sociedade brasileira. Estes documentos caracterizam-se pelo caráter político e pela objetividade como estratégia de maior visibilidade e comunicação com a população. No caso específico da 9ª CNS, a carta foi denominada “Em defesa da vida e da ética: Fora Collor”, onde constam relatos sobre as condições do povo brasileiro, que

[...] vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Este modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena [...]. Que o movimento social redobre o trabalho que já vem fazendo, contra a corrupção e contra a política econômica e exija nas ruas o FORA COLLOR JÁ (Relatório Final da 9ª CNS, 1999, p.15).

O tema da Conferência foi a “municipalização”, sob o título de “A municipalização é o caminho”, no sentido de fortalecer o debate e contribuir com a descentralização da saúde. Para tanto, o relatório desta CNS aponta para a importância do controle social, a partir da necessidade de criação dos Conselhos de Saúde em todos os estados e municípios brasileiros.

O Relatório Final da 9ª CNS está estruturado a partir das discussões dos quatro Grupos de Trabalho sob os quais a CNS foi organizada: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implementação do SUS e Controle Social. O grupo de trabalho sobre a implementação do SUS apresentou como um dos seus eixos de discussão as ‘*deliberações sobre Recursos Humanos*’.

Os grupos de trabalho reafirmaram alguns dos dilemas que marcam a construção do projeto de implantação do SUS neste período, assim como os desafios para a Universidade e para a formação profissional:

[...] **ênfase nas atividades curativas e hospitalares**, em detrimento das preventivas, ambulatoriais e de reabilitação, **constituindo um modelo assistencial inadequado às necessidades da população**; Sucateamento e desqualificação tecnológica e profissional da grande maioria dos serviços públicos e privados contratados pelo poder público (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 17 [grifos nosso]).

### 3.2.2 A 10ª Conferência Nacional de Saúde

A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, exatamente quatro anos depois da 9ª CNS, conforme definição da legislação e na gestão do Presidente Itamar Franco.

Uma diferença que se apresenta entre os relatórios diz respeito ao seu conteúdo, marcado por um aumento substancial no número de propostas. Esta mudança, na compreensão de Pinheiro et. al (2005), estaria relacionada à dificuldade de síntese, sinalizando o quanto estes relatórios passaram a apresentar os dissensos entre os participantes ou grupos a partir da 9ª CNS.

Além deste aspecto, há que se considerar também o caráter propositivo recente desses fóruns, a ampliação da participação popular e das propostas de movimentos sociais específicos. Se em um momento anterior as CNS se constituíram como uma arena importante para as discussões sobre as relações entre o Estado e a sociedade brasileira a partir do setor Saúde, o processo de implementação do SUS ampliou as possibilidades de discussão sobre aspectos específicos dos serviços de saúde.

O então Ministro da Saúde – o médico Adib Domingos Jatene – avalia na apresentação do Relatório que as CNS são um “mecanismo de participação consolidado” e que

está sendo criada uma estrutura suficientemente sólida e participante capaz de garantir os objetivos de longo prazo – que vêm sendo traçados a partir da Constituição de 1988 – sejam preservados e capaz, também, de fazer valer a vontade de todo o setor saúde que **busca garantir e preservar o acesso ao atendimento, especialmente à população de baixa renda** (Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p.9 [grifo nosso]).

Nos anos 1990 e início dos anos 2000 advogou-se a focalização das políticas públicas, assim como a priorização da renda como critério de acesso aos serviços de saúde, como parte das políticas neoliberais priorizadas neste período.

**A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil.**

No centro deste processo do setor saúde, encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo Governo Federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da “modernização” estabelece-se, de fato, o “Estado Mínimo” para as políticas sociais e o “Estado Máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional (Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1998, p.13 [grifo nosso]).

A necessidade de mudança no modelo assistencial também foi discutida nesta Conferência, como pode ser observado na Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

A construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com conselhos paritários, tripartites e deliberativos para que o SUS, cada vez mais, dê certo (Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1998, p.13).

A carta aponta como elementos importantes para a construção de um modelo pautado pela municipalização “a manutenção e o conteúdo constitucional da Seguridade Social”, na “aprovação da PEC 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo 10% dos orçamentos da União, estados e municípios para a saúde”, “rejeitar qualquer tentativa de invalidação do Fundo Nacional de Saúde”, “exigir imediata discussão do projeto de Reforma do Estado do MARE, no âmbito dos Conselhos de Saúde Nacional, Estadual e Municipais e a revisão de todas as propostas que ferem os princípios e diretrizes do SUS”,

“contra os modelos alternativos que se resumem à simples privatização da gestão das unidades públicas, como é o caso das fundações privadas e do PAS” (Carta da 10ª CNS, 1998, p.13-14).

Entre os temas discutidos na 10ª Conferência, encontram-se questões sobre ‘Gestão e Organização dos Serviços de Saúde’, ‘Saúde, Cidadania e Políticas Públicas’, ‘Controle Social na Saúde’, ‘Recursos Humanos para a Saúde’ e ‘Atenção Integral à Saúde’.

O tema Recursos Humanos para a Saúde foi apresentado a partir de três subtemas: a) Política de Recursos Humanos para a Saúde; b) Administração dos Trabalhadores em Saúde e c) Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar uma política de Recursos Humanos para a Saúde através de ampla discussão com os setores sociais interessados. Essa política deve ser permanentemente rediscutida e deliberada com os Conselhos de Saúde, tanto no que se refere ao caráter como no modo de implementação (Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p. 61).

Apontou-se também a necessidade de

convocar, até julho de 1997<sup>28</sup>, a III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, nela pautando a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p. 62).

### 3.2.3 A 11ª Conferência Nacional de Saúde

A 11ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, entre 15 e 19 de dezembro de 2000, durante o segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso

---

<sup>28</sup> Destaque-se que esta Conferência aconteceu somente no ano de 2006.

(FHC) e sob a liderança do economista José Serra no Ministério da Saúde. O tema desta Conferência foi “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

No Cenário<sup>29</sup>, um dos tópicos foi o de *Recursos Humanos*, no qual consta a discussão sobre a ‘Formação e Capacitação de RH para a Saúde’. Nas Proposições, a discussão foi organizada em seis categorias de recomendações, isto é, seis eixos de formulação de políticas: 1) Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS; 2) Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; 3) Política de Saúde; 4) Formação de Pessoal para a Saúde; 5) Relações de Trabalho e 6) Processos de Educação para o SUS.

As recomendações realizadas pretendiam contribuir “para a transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado” (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 151).

O Relatório destaca que a discussão sobre o tema “Recursos Humanos” foi marcada por

uma polarização usuários *versus* trabalhadores de saúde, que desviou a atenção da discussão substantiva: a política irresponsável de governo no campo dos Recursos Humanos – uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro. **Se, de um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o SUS, por outro a população é punida pela política de Recursos Humanos vigente no SUS.** A dificuldade do debate evidencia-se pela demora na elaboração da NOB de Recursos Humanos, deliberada na 10ª CNS, em 1996, e que se encontra em sua terceira versão, carregada de Polêmicas (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 39 [grifo nosso]).

---

<sup>29</sup> O Relatório apresenta o cenário de forma separada das proposições. Os outros eixos apresentados foram: O SUS como política social; A gestão do SUS; O acesso aos serviços do SUS; O modelo assistencial no SUS; Financiamento do SUS; Recursos Humanos; Controle Social sobre o SUS; Políticas de Informação; Educação e Comunicação; Responsabilidades dos poderes Legislativo, Judiciário e do Ministério Público na garantia de acesso, qualidade e humanização; e Desafios.

Esta “política irresponsável” estaria marcada por questões como a “falta de vagas para algumas categorias, a impossibilidade de preenchimento em outras, por falta de atrativos econômicos e/ou locacionais, como acontece com a categoria médica”. Assim, as questões da fixação e da remuneração dos trabalhadores foram mencionadas como limite para a efetivação da humanização da atenção à saúde no âmbito do SUS (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 39).

Mencionou-se ainda que persistem

inadequações dos profissionais para sua implantação [do sistema] e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos (Relatório Final da 11ª CNS, 2000 p. 43).

#### 3.2.4 A 12ª Conferência Nacional de Saúde

A 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – teve como lema: “Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos” aconteceu em Brasília Brasília-DF de 7 a 11 de dezembro de 2003, três anos depois da 11ª CNS e no início do Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva.

A carta de apresentação do relatório, redigida pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa, menciona o compromisso do novo governo com a participação popular na formulação de políticas públicas. Em função disso, “o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade”. Na apresentação do RF desta Conferência, o Ministro revela ainda um dos paradoxos do SUS que mantém um conjunto de serviços de excelência disponíveis para todos



os cidadãos, como transplantes, tratamentos oncológicos, acesso a medicamentos para AIDS e, simultaneamente, a dificuldade de acesso aos serviços básicos, urgência e consultas especializadas (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p. 13).

Segundo Campos (2006), havia muita expectativa popular e do movimento sanitário em relação ao novo Governo, sobretudo pelas promessas de nação com ampliação do Estado de bem-estar social, justiça e distribuição de renda. Entretanto, nas análises empreendidas por Marques e Mendes (2007), a partir de 2003 o governo Lula favoreceu, simultaneamente, os interesses do capital financeiro nacional e internacional garantindo elevada rentabilidade mediante a manutenção de elevadas taxas de juros e viabilizando um lucro bancário recorde, e a implantação de programas e iniciativas direcionadas aos segmentos mais pobres da população brasileira.

As discussões sobre a formação profissional foram incluídas no Eixo Temático VII, denominado *Trabalho em Saúde*. Este eixo foi organizado com introdução, diretrizes gerais e os subtópicos específicos: Regularização dos Vínculos e Desprecarização do Trabalho em Saúde; Relações de Trabalho e Saúde do Trabalhador da Saúde; Regulação das Profissões; Gestão da Educação em Saúde; Formação dos Profissionais de Saúde; e Educação Permanente e Educação em Serviço.

Na introdução, percebe-se que embora o eixo temático tenha sido denominado Trabalho em Saúde, o foco da discussão era a gestão do trabalho e da educação na saúde, com destaque para o papel do Ministério da Saúde na proposição, acompanhamento e execução das políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional.

Pela primeira vez desde a realização da 4ª CNS no ano de 1967, a discussão do eixo temático não foi intitulada ‘recursos humanos’, expressando uma mudança de enfoque em relação aos profissionais de saúde.

**Os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de Saúde.** As mudanças no modelo de atenção dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício, com remuneração justa (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p.115 [grifo nosso]).

No que se refere ao modelo de atenção, o Relatório afirma que a descentralização do SUS e a expansão das equipes de Saúde da Família evidenciam “as limitações atuais da formação profissional como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS” (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p.115).

### 3.2.5 A 13ª Conferência Nacional de Saúde

A 13ª CNS cujo tema foi “Saúde e Qualidade de Vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento” aconteceu entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007. Chama atenção o fato desta Conferência ter sido coordenada pelo presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde<sup>30</sup>, Francisco Batista Júnior, o que representou “uma conquista social sem precedentes e um passo largo na consolidação democrática das relações entre o Governo, representado pelo Ministério da Saúde, e os conselhos de saúde de todo o país” (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p.9).

Neste período, a coordenação geral do Ministério da Saúde mudou de partido (do PT para o PMDB), ficando sob a gestão de José Gomes Temporão e reorientando a configuração dos agentes no espaço institucional<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Até então vinha sendo frequente o exercício de presidência do Conselho Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde pelo Ministro da Saúde.

<sup>31</sup> Esta discussão será apresentada no capítulo 4 dessa dissertação, que analisa as políticas de formação profissional em saúde no Brasil, arena modificada significativamente por essa transição no Ministério da Saúde.

A estrutura do Relatório está organizada da seguinte forma: Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; Eixo I – Inéditas; Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; Eixo II – Inéditas; Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde; e, Eixo III – Inéditas.

Esta estrutura demonstra que as seções do RF estão organizadas a partir de temáticas gerais. Foi possível encontrar questões sobre a formação profissional em saúde em todos os eixos do documento.

### **3.3 As Perspectivas da Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde no Pós-1988**

Nesta seção pretende-se apresentar algumas das concepções e argumentos que se podem ler nos textos das Conferências Nacionais de Saúde no que se refere à formação profissional em saúde.

Os relatórios analisados nem sempre expressam claramente em sua estrutura subtítulos que anunciam a questão da formação profissional em saúde. Essa discussão esteve, em geral, localizada nos tópicos relativos ao tema ‘Recursos Humanos’, que estava, prioritariamente, associado às discussões sobre Trabalho e Gestão do Trabalho. Neste contexto, também é frequente a utilização do termo ‘formação profissional’ referindo-se à capacitação, treinamento ou qualificação dos trabalhadores do SUS, e não necessariamente à graduação dos cursos da saúde. Ao mesmo tempo, a questão da formação profissional também estava apresentada em outros eixos dos Relatórios, especialmente referida aos problemas da atuação ou do perfil dos profissionais de saúde.

Dadas as características deste tema nos Relatórios, procedeu-se à leitura integral dos Relatórios de todas as CNS. Essa leitura inicial foi realizada com os objetivos de apreender questões gerais sobre o contexto de produção dos discursos, bem como de identificar as questões do texto relativas ao trabalho e à educação na saúde<sup>32</sup>.

Considerando as evidentes associações entre a formação profissional e o trabalho em saúde, como primeiro procedimento da organização do material construímos quadros que separavam as unidades de registro a partir das seguintes categorias: ‘gestão do trabalho e trabalho em saúde’, ‘qualificação profissional’ e ‘formação profissional em saúde’. Identificadas as propostas sobre a formação profissional no âmbito da graduação em saúde, foi possível isolá-las e realizar a análise temática (Apêndice A) a partir das categorias analíticas. Como critérios de relevância para esta seleção foram consideradas a presença dos itens de sentido (marcadores) nos textos e as possibilidades de associação teórica entre estes itens e as produções científicas que caracterizam esta área de estudos no campo da Saúde Coletiva. Enfim, pudemos de algum modo relacionar categorias empíricas e categorias analíticas.

Resultaram deste processo de análise as seguintes categorias analíticas: ‘racionalidades dos saberes e das práticas em saúde’, ‘mudanças curriculares’ e ‘relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação’, que serão discutidas nas próximas seções, em um ciclo que envolveu as etapas de descrição, interpretação e inferência, como propõe a Análise de Conteúdo<sup>33</sup> (Bardin, 2011).

---

<sup>32</sup> Ainda que o recorte da pesquisa estivesse bem definido (análise das questões sobre a formação profissional no âmbito da graduação), sentiu-se a necessidade de trabalhar, inicialmente, com o conjunto de propostas sobre o trabalho e a formação para depois analisar propriamente as questões sobre educação.

<sup>33</sup> A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diferentes gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem na confusão inicial. É evidente que tudo depende, no

### 3.3.1 Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde

Nesta pesquisa, ainda que se considere a centralidade do papel da Medicina<sup>34</sup> na definição das práticas e dos saberes em saúde, ou seja, na constituição de suas Racionalidades, adotou-se a questão da ‘Racionalidade dos Saberes e das Práticas em Saúde’.

No campo da saúde, o período Pós-1988 ratifica e amplia o reconhecimento e os processos de institucionalização do trabalho multiprofissional para a produção do cuidado em saúde. Este princípio tem sido cada vez mais assumido como diretriz nas políticas de saúde, a exemplo das publicações da Política Nacional de Atenção Básica (2006; 2011), Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, também em 2006, assim como da ampliação do caráter multiprofissional da Atenção Básica exercido pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ano de 2008.

As Racionalidades em Saúde compreendem o *fazer* orientado por diversos paradigmas. Referem-se, portanto, aos modelos teóricos, sobretudo aos seus critérios de eficácia, mas também à organização e legitimação das práticas de saúde (Nogueira, 2010).

---

momento da escolha dos *critérios* de classificação, daquilo que se procura ou espera encontrar (Bardin, 2011, p.43 [grifo original]).

<sup>34</sup> É preciso destacar o papel das pesquisas do grupo da professora Madel Luz, que criou a categoria ‘racionalidade médica’ como um tipo ideal weberiano, referindo-se tanto aos fundamentos das diversas racionalidades que residem em cosmologias, ou cosmovisões, que impregnam todas as dimensões das racionalidades, qualificando as suas raízes filosóficas, quanto ao conjunto de cinco dimensões: morfologia (anatomia humana); dinâmica vital (fisiologia); doutrina médica; sistema de diagnósticos e sistema de intervenções terapêuticas. Esta categoria foi especialmente definida em um estudo comparativo sobre quatro sistemas médicos (Biomedicina, Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia e Medicina ayurvédica) na contemporaneidade (Luz, 1996).

Do ponto de vista dos documentos analisados, esta categoria pôde ser discutida a partir de dois sentidos: a) o ensino das práticas integrativas e complementares na formação profissional em saúde, e b) a integralidade como crítica à racionalidade científica moderna e como imagem-objetivo da formação profissional em saúde.

### 3.3.1.1 O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares e a Negociação de Novas Racionalidades

Foram encontradas nos Relatórios da 9ª e 11ª CNS, propostas que dialogam com a inclusão das práticas integrativas e complementares no ensino em saúde, tais como:

Promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área de saúde” (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p.32).

Formar profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 170).

As críticas ao modelo biomédico em função dos limites na realização do diagnóstico (que desqualifica grande parte dos sintomas “não enquadráveis”), na terapêutica (utilização de tecnologias restritas) e na abordagem com o usuário (mecanicista, invasiva, intervencionista e impessoal), associadas aos méritos das práticas complementares, têm produzido a necessidade de novas racionalidades em saúde pela população, pela sociedade formal e, em parte, pela própria ciência biomédica (Tesser, 2009).

As práticas complementares, afiliadas ou não a racionalidades médicas, dedicam-se em especial ao cuidado com a saúde dos indivíduos e têm sido adotadas e procuradas por outros profissionais de saúde, no sentido de diversificar e qualificar suas ofertas de cuidado. Apesar de suas potencialidades para a promoção da saúde, as práticas complementares ainda enfrentam dificuldades para a sua legitimação. Dentre estas dificuldades Tesser (2009) menciona a supremacia científica e o “monopólio institucional da verdade adquirido pela

ciência na saúde”, muitas vezes vinculados aos interesses de grupos sociais e corporações profissionais (p.1940).

Isso significa uma dificuldade de maior ordem: a biociência, suas profissões e corporações correlatas (lideradas pela biomedicina) dominam a área da saúde institucional nos aspectos epistemológicos e culturais, com grande força política – que se associa comumente ao poderoso e vasto “complexo médico industrial” (Tesser, 2009, p.1940).

Uma das alternativas para a mudança no modelo de atenção à saúde pode ser possível, na compreensão de Nogueira (2010), a partir da incorporação das práticas integrativas e complementares nos currículos, em função do posicionamento crítico em relação ao reducionismo e à fragmentação da racionalidade biomédica.

Para a formação de profissionais de saúde capazes de atuar de forma mais integral e humanizada, torna-se imprescindível problematizar algumas concepções, em especial as de saúde e doença. É importante também conhecer o processo de construção dos modelos terapêuticos utilizados, para que se possa historicizá-los e conseqüentemente desnaturalizá-los (Nogueira, 2010, p. 2).

A disputa entre racionalidades também aparece nas relações entre o saber popular ou senso comum e o saber científico (Luz, 2005). Uma das propostas do Relatório Final da 13ª CNS demonstra parte destas disputas, uma vez que a necessidade de diálogo entre saber popular e saber científico foi pautada pelo viés da racionalização dos recursos e não necessariamente a partir de sua relevância social.

Que o Ministério da Saúde incentive o intercâmbio de conhecimento entre os universos científico e popular/empírico, com a realização de pesquisas de interesse da saúde das populações vulneráveis, produzindo inovações a baixo custo para o SUS (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 45).

### 3.3.1.2 A integralidade como crítica à racionalidade científica moderna e como imagem-objetivo da formação profissional em saúde

Há pelo menos três conjuntos de sentidos para a noção de integralidade. O primeiro, relativo aos atributos das práticas profissionais, “sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática”; o segundo refere-se à organização dos serviços e o terceiro às respostas governamentais aos problemas de saúde (Mattos, 2006, p. 63).

Para Ruben Mattos, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS,

Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2006, p. 43).

Dados os diversos sentidos de integralidade manifestos nos Relatórios das CNS e considerando que as unidades de registro presentes nos RF têm como eixo central as práticas profissionais, trataremos a seguir do primeiro conjunto de sentidos para a Integralidade definido por Mattos (2006), sem deixar de considerar, entretanto, que o próprio autor reconhece as sinergias estabelecidas entre os três sentidos.

Do ponto de vista da discussão sobre a formação profissional, evidenciam-se algumas críticas, sobretudo no que se refere à racionalidade científica moderna.

A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada. **E não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social.** Os participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada, hoje, para o atendimento da população usuária do SUS. Há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, que precisa ser melhor preparado quanto à humanização (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 42 [grifo nosso]).



**Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença,** reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, **considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar** das práticas da saúde (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p.127 [grifos nossos]).

Para Mattos, este sentido de integralidade relaciona-se ao movimento da Medicina Integral, cujas origens são as discussões sobre a revisão do ensino médico nos Estados Unidos pós-Flexner. O principal fundamental da Medicina Integral residia na crítica à atitude fragmentada ou excessivamente especializada dos médicos, centrada na dimensão científica e anátomo-patológica da Medicina. Este modelo vinha sendo reforçado por um modelo de formação dicotômico, composto por um ciclo básico “feito predominantemente no laboratório, e no qual também se aprendia certa noção de ciência; e um ciclo profissional, voltado para o aprendizado da clínica” (Mattos, 2006, p. 47).

No Brasil, “a medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, *locus* privilegiado de resistência ao regime militar e um dos berços do que seria posteriormente chamado de movimento sanitário” (Mattos, 2006, p.48).

Nos Relatórios, as críticas ao modelo de formação centrado em uma visão restrita dos fenômenos da saúde também indicam as necessidades de mudanças na formação profissional, assumindo a integralidade ou o atendimento integral como imagem-objetivo da formação no setor Saúde.

Garantir a **formação de profissionais com visão integral** comprometimento social e formação geral (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p.32).

Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo

pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, **enfatizando a visão da integralidade do cuidado** e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS (Relatório Final da 13ª CNS, 2007, p.93).

Mattos (2006) menciona ainda como exemplo da discussão da medicina integral nas reformas curriculares das escolas médicas brasileiras nos anos 1970 e 1980 a proposição de experiências como os internatos rurais. Nos Relatórios das Conferências, essa questão aparece expressa em propostas como:

interiorização, inclusive para zonas rurais, dos estágios, internatos e residências dos profissionais da Saúde, garantindo aumento da cobertura, qualidade das ações de saúde e integração entre as ações de ensino e de prestação de serviços;  
inclusão de disciplinas de assistência integral à saúde da mulher, substituindo a visão subjacente nas disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia, tradicionalmente existentes, que atribui à mulher a função meramente reprodutora (Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1998, p.68).<sup>35</sup>

### 3.3.2 As Propostas de Mudanças Curriculares na Formação Profissional em Saúde

Muitos estudos sobre os limites da atuação dos profissionais de saúde para a construção de uma atenção à saúde de qualidade se remetem aos problemas na estruturação dos currículos dos cursos de graduação em Saúde, pela ênfase exclusivamente biológica da doença, pela dualidade entre a formação no Ciclo Básico e a formação clínica em hospitais; por seu caráter individualista e incentivador da super especialização que contribuem com a

---

<sup>35</sup> Mattos (2006) faz referência à ruptura da compreensão restrita da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal em ações governamentais como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado no ano de 1984, e ressalta as contribuições do movimento feminista na constituição desse sentido de integralidade.

mercantilização e privatização da medicina e da atenção à saúde (Saippa-Oliveira & Koifman, 2004; Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Tais críticas, bem como o reconhecimento por diversos setores da sociedade dos limites da formação profissional em saúde têm fomentado as condições para que as mudanças curriculares tenham aparecido de forma mais clara nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde<sup>36</sup> desde a década de 1990.

O Conselho Nacional de Saúde e o MS devem gestionar junto ao MEC, aos conselhos profissionais da área da Saúde e às universidades e com outras instituições de ensino superior, públicas e privadas, processos de revisão curricular, com o objetivo de humanizar a relação entre a equipe de saúde e os usuários do SUS, garantindo:

A inclusão de conteúdos de Saúde Pública e SUS, de Saúde Comunitária, de noções de geriatria e gerontologia, da disciplina de Bioética e de conteúdos de ciências sociais e humanas nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação na área da Saúde (Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p.69).

A escola, sob qualquer modelo de educação, realiza uma opção seletiva dos conteúdos e da cultura que se concretiza no currículo. “O sistema educativo serve a certos interesses concretos e eles se refletem no currículo” (Sacristán, 2000) Assim, a discussão dos problemas relacionados com o currículo é uma “consequência da consciência de que é por meio dele que se realizam basicamente as funções da escola como instituição” (p. 17).

Para Sacristán (2000) os currículos são objetos que se constroem no processo de configuração e implantação das práticas pedagógicas. Estas práticas pedagógicas, por sua vez, possuem determinações recíprocas do sistema social, que é composto pelos subsistemas político-administrativo, inovação, educativo, criação de conteúdos, produção de meios, especialistas e pesquisa, e participação social e controle. Por isso, os currículos e os fenômenos relativos às mudanças curriculares devem ser analisados como expressões de um

---

<sup>36</sup> Considera-se para esta afirmação o número de propostas que tratam sobre as mudanças ou revisões curriculares nos relatórios analisados.

“equilíbrio entre múltiplos compromissos”, o que é fundamental para compreender a prática escolar vigente e as suas necessidades de mudança. Ainda segundo Sacristán (2000, p.18), na maioria dos casos, as reformas curriculares são realizadas para “melhor ajustar o sistema escolar às necessidades sociais e, em muito menor medida, para mudá-lo”.

### 3.3.2.1 As Necessidades de Saúde e Os Processos de Mudança Curricular

Os Relatórios das CNS têm apresentado diversos sentidos e possibilidades de interpretação. Uma delas se refere à possibilidade de relacionar as mudanças curriculares com as necessidades sociais e de saúde da população, como pode ser observado a seguir:

Revisar os currículos profissionais adequando-os às realidades epidemiológica e étnico-cultural das populações, especialmente dos povos indígenas (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 31).

Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 163).

Também é frequente, nos textos analisados, a associação entre as necessidades de saúde da população e as necessidades do SUS.

Revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS (Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p.68).

Revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e trabalho no SUS (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 166-167).

Adequar a abertura de cursos na área de saúde às características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas e, a partir das

diretrizes para a organização da atenção à saúde, das demandas da população e do sistema de saúde SUS (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p. 127).

Ressalte-se o fato dos dois primeiros excertos acima mostrados serem dos RFs da 10ª e da 11ª CNS, ambas anteriores e próximas à elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Saúde, que contemplaram tais questões. É possível considerar a partir deste debate que parte dos discursos sobre as DCN também teve como uma de suas arenas de discussão as CNS, em especial, pelos movimentos da área da saúde que pautam mudanças na formação profissional em saúde<sup>37</sup>.

### 3.3.2.2 A Ênfase nas Políticas de Atenção Básica e de Promoção da Saúde

A respeito da necessidade de relacionar ou adequar os currículos dos cursos de graduação em Saúde às necessidades do SUS, tem assumido papel de destaque a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde e suas diretrizes.

O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p.43).

O Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, as instituições formadoras e as entidades profissionais devem estimular e apoiar práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, trabalhando institucionalmente com os usuários e os servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informações e comunicação nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 93-94).

---

<sup>37</sup> O parecer CNE/CES 1.133/2001 sobre as propostas das DCN para os cursos de graduação na área da Saúde indica que dentre os documentos mencionados para sua promulgação encontram-se o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001). Ainda que neste momento não seja possível afirmar como se deu este processo de incorporação.

A maior parte das proposições em relação à Atenção Básica diz respeito à inclusão da Estratégia Saúde da Família como cenários de prática dos estudantes de graduação.

Introduzir nos currículos estágio compulsório na rede básica de serviços, em íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação profissional à realidade social (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 32).

Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de Atenção à Saúde (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 169).

Aumentar a interface dos estudantes das profissões de saúde e afins com usuários, profissionais e gestores, com foco na promoção da saúde, possibilitando a formação de profissionais que se considerem formados pelo SUS para o SUS (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 164).

Nos últimos anos, a Política Nacional da Atenção Básica, a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família tem assumido lugar de destaque, do ponto de vista institucional, na reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (Brasil, 2012, p. 38).

Alguns autores do campo da Saúde Coletiva consideram a mudança do modelo de atenção à saúde pela ESF como uma questão não superada, a exemplo de (Giovanella et. al, 2009) que destacam tanto os limites para a constituição da ESF como estratégia de APS integral, como os desafios para as práticas profissionais, que têm conseguido avançar pouco

em direção à intersectorialidade. Este cenário, que revela marcas importantes do exercício da biomedicina na ESF nos leva a questionar a centralidade da ESF na constituição das mudanças na formação profissional em saúde.

### 3.3.2.3 As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e as Políticas Indutoras de Mudanças

As discussões nas Conferências sobre os processos de mudança curricular também incluem aspectos das políticas que começaram a ser formuladas nos anos 2000, com destaque para a publicação, pelo MEC, das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da saúde e para as políticas indutoras de mudanças na formação profissional, como, por exemplo, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e iniciativas como o VER-SUS.<sup>38</sup>

Implementar novas diretrizes curriculares para ensino médio e superior da área da Saúde, de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da Saúde, disciplinas sobre Saúde Coletiva (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p. 168).

Ampliar e implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, com garantia de trabalhadores em quantidade suficiente e recursos físicos e financeiros, com cooperação técnica entre as três esferas de governo, com controle social (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p. 126).

Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, a produção de conhecimentos e a qualificação da formação em saúde (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 93).

---

<sup>38</sup> A análise das políticas de formação profissional está presente no Capítulo 4 desta Dissertação.

Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que **contemple estratégias e ações intersetoriais** para efetivar **práticas multiprofissionais** e a **produção de conhecimento interdisciplinar** para o fortalecimento do trabalho em equipe, a **qualificação de professores para metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança**, a parceria entre instituições de ensino, serviços de saúde e as organizações comunitárias, buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social, e que esta política não fique apenas como incentivo financeiro (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 128).

Nesta última proposta, que compõe o Relatório Final da 13ª CNS (2007), percebe-se o diálogo com as iniciativas políticas que marcaram a primeira gestão (2003-2005) da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde que não tiveram continuidade na gestão posterior. Assim, percebe-se que o diálogo das Conferências com as políticas não diz respeito apenas à antecipação à formulação de políticas, mas também às análises e proposições de mudanças e continuidade nos projetos e políticas vigentes.

### 3.3.3 As Relações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação

#### 3.3.3.1 Sobre o “Ordenamento da Formação Profissional em Saúde”: Concepções e Expectativas quanto ao papel de cada um dos Ministérios

A questão do ordenamento da formação profissional em saúde tem sido amplamente discutida nas Conferências Nacionais de Saúde ao longo do tempo. Embora seja comum restringir o ato pedagógico à sala de aula, à relação professor-aluno e ao diálogo entre duas ou várias pessoas, os problemas que envolvem a formação têm caráter institucional (Gadotti, 1979), e em se tratando da formação profissional em saúde, intersetorial.



De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela ordenação da formação profissional<sup>39</sup> (Brasil, 1988; Brasil, 1990-a). Essa atribuição materializa o debate realizado em outras CNS, especialmente pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária na 8ª CNS, de que o Sistema Único de Saúde e as suas pretensões de mudança no modelo assistencial demandavam processos formativos que se pautassem pela lógica do campo da Saúde e não exclusivamente pelo campo da educação. Ao Ministério da Educação (MEC) compete, entretanto, definir as finalidades, a abrangência, a regulação (reconhecimento e credenciamento de cursos, de instituições de educação superior dos cursos de graduação e programas de pós-graduação) em âmbito público e privado no território nacional (Brasil, 1996).

Para Machado (2005), a utilização de determinadas expressões no texto Constitucional “sugere a importância do envolvimento da autoridade sanitária em decisões relevantes para a saúde, mesmo as que estejam sob a responsabilidade direta de outros setores” (p.83). Para a autora, o “peso e tipo de responsabilidade atribuídos ao SUS é diferenciado para as diversas ações” (p.83). As ações de “formulação” e “ordenação” expressam, por exemplo, maior responsabilidade da autoridade sanitária.

O processo de solicitação de uma demanda – “ordenar a formação de recursos humanos” – a um outro campo pressupõe um processo de discussão característico das lutas e tensões que marcam os campos da Saúde e da Educação para exercício desta atividade. Os resultados desse processo indicam aspectos das forças de cada campo, bem como do grau de autonomia de cada um deles.

---

<sup>39</sup> Artigo 200 da Constituição Nacional de 1988: Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei: III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988).

Inicialmente propunha-se nas primeiras CNS que aconteceram no Pós-1988 a regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, ou seja, as reivindicações eram de o MS assumisse plenamente o exercício do ordenamento da formação profissional. Muitas destas propostas desconsideravam o papel do MEC, evidenciando alguma imprecisão a respeito das competências de cada Ministério.

Promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de “ordenar a formação de recursos humanos” (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 31).

Assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área da saúde. Tais critérios, definidos pelo SUS, devem ser considerados pelo Conselho Federal de Educação – MEC, para a abertura de novos cursos na área da saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 31).

O MS deve assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, nos níveis médio, superior e de pós-graduação (Relatório Final da 10ª CNS, 1998, p.67).

**Ordenamento da Formação de Recursos Humanos pelo SUS** – a necessidade de regulamentar o artigo 200 da Constituição Nacional; incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em Saúde no Brasil; estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS, e passar ao SUS a decisão sobre especialidades a serem criadas ou extintas, bem como a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da Saúde (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p.166 [grifo nosso]).

Neste contexto, o “ordenamento da formação dos profissionais de saúde” foi se constituindo como uma solicitação histórica, ou mesmo como uma pretensão do campo da Saúde.

Para Campos<sup>40</sup> et. al. (2010), “o tema recursos humanos vem ocupando a agenda da política de saúde como ponto nodal para a implementação dos sistemas nacionais de saúde”.

---

<sup>40</sup> Ressalte-se nesta citação, que a autoria deste capítulo de livro é de parte da segunda equipe de gestão da SGTES/MS, conforme será detalhado no capítulo seguinte (Francisco Eduardo Campos, Ana Estela Haddad e cols.). Evidencia-se, ainda, a presença do marcador conceitual ‘recursos humanos’ no tratamento do tema.

Além disso, “as questões que hoje são objeto de debates e mesmo de intervenções governamentais, relativas à formação e qualificação profissional, representam a desarticulação acumulada na implementação de políticas sociais envolvendo o setor educacional e de prestação de serviços na área da saúde” (Campos et. al., 2010, p.25),

Mais recentemente – na 12ª e 13ª CNS – passou-se a considerar nas proposições a necessidade de uma relação mais próxima entre MEC e MS, sem necessariamente anunciar as responsabilidades sobre a coordenação deste processo.

Exigir dos órgãos competentes um rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelos órgãos do poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde, submetendo a autorização à decisão conjunta do Ministério da Saúde, da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais. Tornar política conjunta tanto a autorização de novos cursos na área como a avaliação dos já existentes (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p. 127).

Os Ministérios da Saúde e da Educação devem, de forma articulada, formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, que atenda às necessidades do SUS, considerando as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde utilizando o SUS como campo de práticas, favorecendo a reorientação e melhoria da qualidade da formação, visando ao atendimento das necessidades de saúde da população ensino (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 49).

Esta compreensão expressa a gradual e contínua aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação para a formulação de políticas interministeriais sobre a formação dos profissionais de saúde. São indicativos desta ação interministerial *a)* a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, inicialmente para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição – Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 – e sua extensão com publicações específicas para os demais cursos; *b)* a instituição do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES (Lei Nº10.861, de 14 de Abril de 2004) e *c)* a publicação da Portaria Interministerial Nº2.118 de 3 de novembro de

2005, que institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde ( Brasil, 2005d).

Segundo Campos et. al (2010)<sup>41</sup>, a aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde tem resultado na construção de ações setoriais que articulam a política de saúde e a política de educação e no esclarecimento das competências de cada Ministério. Para estes autores, envolvidos com o segundo momento político de gestão da SGTES (2006-2010), compete ao Ministério da Saúde, no que se refere à “formação e ao desenvolvimento de recursos humanos”, as iniciativas voltadas para **as mudanças na graduação e para os trabalhadores já inseridos no SUS**. Seria esta, portanto, a compreensão de “ordenamento” proposta por esta equipe de gestão do MS?

### 3.3.3.2 Da relação entre a Universidade, os Serviços de Saúde e a Sociedade

Ainda sobre a relação entre os setores Saúde e Educação, tem sido frequente a constatação dos dilemas do Ensino Superior no Brasil, marcado pela “absoluta falta de apoio político-financeiro à Universidade brasileira, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros docentes, acarretando a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor saúde” (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 17). Destacam-se também nos RFs das CNS propostas de ampliação das relações e vínculos entre a Universidade, os serviços de saúde e a sociedade:

Garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma e sem fronteiras, estabelecendo mecanismos de inserção da Universidade no SUS (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 32).

Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p.167).

---

<sup>41</sup> Ver nota anterior.

[...] Garantir uma escola integrada com os serviços, com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de Saúde da sua região, seu País e seu mundo; e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por exemplo, em cursos de extensão (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p.168-169).

Ampliar o acesso das classes populares e das populações indígenas aos cursos de graduação das áreas da saúde, a partir de uma articulação entre Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Relatório Final da 12ª CNS, 2004, p. 127).

Tais proposições podem ser relacionadas à ampliação da responsabilidade social das Universidades brasileiras, seja do ponto de vista de sua democratização e aproximação da Sociedade, seja a partir da ampliação de sua capacidade de resposta às novas demandas e necessidades do SUS e da formação dos profissionais de saúde.

Boaventura de Souza Santos reflete sobre alguns dos dilemas que marcam a relação entre Universidade, Estado e Sociedade nos séculos XX e XXI. Para explicitá-los, menciona três crises. A primeira delas reside na convivência simultânea com a tradição da “produção de alta cultura, pensamento crítico e conhecimentos exemplares, científicos e humanísticos, necessários à formação das elites de que a universidade se tinha vindo a ocupar desde a Idade Média europeia”. E por outro, a produção de “padrões instrumentais úteis na formação de mão de obra qualificada exigida pelo desenvolvimento capitalista”. A segunda diz respeito à crise de legitimidade em função da contradição entre as restrições do acesso e “as exigências sociais e políticas da democratização da universidade e da reivindicação da igualdade de oportunidades para os filhos das classes populares, por outro”. E a terceira é a crise institucional, resultante da contradição entre “a reivindicação da autonomia na definição dos valores e objetivos da universidade e a pressão crescente para submeter esta última a critérios de eficácia e de produtividade de natureza empresarial ou de responsabilidade social” (Santos, 2008, p.13-14).

Ao caracterizar estas crises, o autor refere-se à realidade das Universidades públicas, que substanciam o crescente capitalismo educacional a partir da ampliação de cursos e Universidades privadas e do desinvestimento do Estado. Este fenômeno, de mercadorização da educação, teria relação com as forças externas, mas também com as características internas das Universidades, em especial o elitismo, o corporativismo e o isolamento em relação à Sociedade.

No Brasil, a partir da década de 1990, os fenômenos de ampliação da oferta privada, do desinvestimento no setor público e de adequação da formação às demandas do mercado de trabalho tornaram-se mais evidentes, legitimando processos de Reforma Universitária pautadas pela criação de cursos “flexíveis e transversais” e incorporando avaliações institucionais sob um viés produtivista (Santos, 2008).

A partir deste contexto, evidenciam-se nas CNS demandas pela regulação da oferta de cursos de formação profissional na área da Saúde a partir de necessidades sociais, como pode ser visualizado a seguir:

Assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área da saúde. Tais critérios, definidos pelo SUS, devem ser considerados pelo Conselho Federal de Educação – MEC, para a abertura de novos cursos na área da saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento (Relatório Final da 9ª CNS, 1993, p. 31).

Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, no cumprimento à Lei n.º 8.080/90 – art. 6.º – parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área de Saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população (Relatório Final da 11ª CNS, 2000, p.167).

Que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação avaliem criteriosamente a disponibilidade de campos de estágio e mercado de trabalho antes de autorizar a abertura de novos cursos em todos os níveis de formação na área de Saúde, assegurando que a ampliação desses cursos somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais e de debates nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses das instituições privadas de formação ou das corporações profissionais (Relatório Final da 13ª CNS, 2008, p. 59-60).

As necessidades de constituição de critérios<sup>42</sup> para a criação de novos cursos, em especial, na rede privada, indicam que as CNS têm reiterado a necessidade de políticas regulatórias pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

### 3.4 Algumas Considerações

Os discursos sobre a questão da formação profissional em saúde evidenciados nesta leitura das Conferências Nacionais de Saúde indicam algumas possibilidades interpretativas. Uma delas se localiza no fato de que os discursos que constam nos relatórios finais das CNS são expressões que caracterizam mediações nos e entre os campos da saúde, da educação e do trabalho, contemplando as interfaces científica e política destes campos. Representam, também, as relações que estes campos estabelecem com os outros campos e com o contexto social.

O conceito de campo tem nos ajudado até aqui para evitar que nossas análises incorram no erro do curto-circuito<sup>43</sup>, uma vez que para compreender estes textos “não basta

---

<sup>42</sup> Somente no dia 1º de Fevereiro de 2013 foi publicada a Portaria Nº 2/2013 do Ministério da Educação. Esta Portaria “Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013” e define que submetidos à manifestação do Conselho Nacional de Saúde, previamente à autorização pelo Ministério da Educação e após a avaliação in loco realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP.

<sup>43</sup> Para Bourdieu, o erro do curto-circuito consiste na relação direta entre texto e contexto, quando a produção textual é imediatamente relacionada ao mundo social ou ao mundo econômico. Para este sociólogo, “entre esses dois pólos [texto e contexto], muito distanciados, entre os quais se supõe, um pouco imprudentemente, que a

referir-se ao conteúdo textual dessa produção, tampouco referir-se ao contexto social contentando-se em estabelecer uma relação direta entre o texto e o contexto” (Bourdieu, 2004, p.20). Ou seja, não é possível atribuir de maneira direta que o contexto político e sanitário do país determinam os modos como se constroem especificamente os discursos nas CNS, e em especial os discursos sobre a formação profissional em saúde nestas arenas. As CNS caracterizam-se, inclusive, pela pluralidade de agentes, coletivos e instituições (segmentos representativos de usuários, trabalhadores e gestores), e por esta participação indicam disputas na formulação e redação das propostas.

Para compreender a dinâmica de cada um destes universos (ou campos) é preciso considerar suas leis próprias, mas também as suas relações e as pressões externas, de outros campos e do contexto social. Neste caso, considerarmos como exemplo de leis próprias aquelas que legitimam os discursos e os mecanismos de construção discursiva de cada campo. Bourdieu forjou a noção de “autonomia relativa” dos campos justamente para dar conta deste jogo de relações entre a constituição de leis próprias e as pressões externas do espaço social (Bourdieu, 2004).

Desse modo, os discursos analisados – uma produção textual produzida em uma arena política do campo da saúde – reflete parte das forças e das lutas do campo da saúde em suas relações com o campo da educação e do trabalho e cada um destes campos é marcado por uma distribuição desigual de recursos e por disputas para manter ou transformar a relação de forças estabelecida (Bourdieu, 2004). Estas tensões se apresentam especialmente na elaboração de políticas para a área que partem inicialmente de iniciativas do Ministério da Saúde. Este será o objeto de discussão do capítulo seguinte.

---

ligação possa se fazer, existe um universo intermediário que chamo o *campo*” (Bourdieu, 2004, p.20 [grifo original]).



### **AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE FORMULADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

As políticas de formação profissional em saúde no Brasil lidam, no plano político-institucional, com as especificidades desta agenda no sistema de saúde e com a materialidade dos discursos de seus agentes e instituições quando da elaboração de princípios e diretrizes em portarias, leis, decretos e implementação dos projetos. Ao mesmo tempo, estas políticas também estão inseridas em um contexto mais amplo de reformas nos sistemas de saúde em um país que vivencia a institucionalização de sistemas democráticos parcial e tardiamente.

É importante também indicar que temos consolidada tradição de análise das políticas sociais a partir dos determinantes estruturais da intervenção estatal neste setor, bem como dos processos que configuram diferentes padrões da relação entre Estado e sociedade. Desta perspectiva e considerando as questões relativas às instituições e seus agentes, destaca-se aqui o papel do Estado, dada sua “capacidade de regular o funcionamento dos diferentes campos, seja por meio de intervenções financeiras como, no campo econômico, os auxílios públicos a investimentos ou, no campo cultural, (os apoios a tal ou qual forma de ensino), seja através de intervenções jurídicas” (Bourdieu, 1996 p.51).

Neste capítulo, interpretam-se as políticas de formação profissional em saúde formuladas pelo Ministério da Saúde, no período de 1988 a 2010, sobretudo no que se

referem ao modo como suas produções textuais – portarias, decretos, normas, artigos, documentos, matérias e apresentações institucionais – tratam discursivamente a formação profissional em saúde. Quais são os argumentos presentes nestes documentos que contextualizam os problemas da formação profissional no setor e substanciam propostas de mudança?

Para tanto, o presente capítulo está subdividido em três seções. A primeira – o *Pós-1988 e os Primeiros Desenhos das Políticas de Formação Profissional em Saúde* – trata do período em que a agenda da formação profissional em saúde aparece nos textos oficiais do Estado ainda de forma pouco expressiva.

A segunda – a *Criação da SGTES e as Políticas de Formação Profissional em Saúde nos Anos 2003- 2005* – contempla as iniciativas da primeira gestão do MS no primeiro governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, na qual ambos, Ministro e Presidente, pertenciam ao Partido dos Trabalhadores (PT).

Por fim, a terceira seção – *as Políticas de Formação Profissional em Saúde nos anos 2006-2010* – dispõe aos leitores a análise das mudanças nas concepções e na condução das políticas de formação profissional em saúde por ocasião da saída do Ministro Humberto Costa e da posse de Ministros até então vinculados ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Para a leitura dos documentos, optou-se pela adoção das mesmas categorias empírico-analíticas que foram utilizadas na análise dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, quais sejam: *Racionalidade dos Saberes e das Práticas em Saúde, Mudanças Curriculares e Relação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*.

#### 4.1 O Pós-1988 e os Primeiros Desenhos das Políticas de Formação Profissional em Saúde

As políticas do trabalho e da educação em saúde têm variado ao longo do tempo em relação às suas concepções, características institucionais, operacionalização e relevância na agenda das políticas de saúde (Teixeira *et al*, 2012).

As primeiras iniciativas de formulação de políticas de formação profissional nesse período e no âmbito do MS, datam da década de 1990, quando os desafios da estruturação do SUS como uma política social abrangente e universal tornaram-se mais concretos. A ampliação dos serviços evidenciou as necessidades da efetivação de um ideário assistencial coerente com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, o que envolvia necessariamente o trabalho e a formação dos profissionais de saúde. Ainda assim, durante este período as políticas desta área tiveram pouca expressividade.

Um primeiro episódio relevante na construção desta agenda foi a composição<sup>44</sup> da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH – no ano de 1997, e a sua recomposição<sup>45</sup> no ano de 2003. Apesar da primeira resolução de composição desta Comissão ter sido publicada no ano de 1997, sua existência e subordinação ao Conselho Nacional de Saúde já estavam previstas nos Artigos 12 e 13 da Lei 8.080/1990 (Brasil, 1997;2003-c).

Dentre as atribuições da CIRH constam a definição,

nos aspectos conceitual e de **articulações intersetoriais**, as obrigações legais de **ordenação da formação** de recursos humanos de saúde (Lei 8.080/90, Art. 6º), de **criação comissões permanentes de integração serviço-ensino** (Lei 8.080/90, Art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei 8.080/90, Art. 15), e **aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos**, critérios de

---

<sup>44</sup> Conforme resolução CNS nº 225, de 08 de maio de 1997.

<sup>45</sup> Conforme resolução CNS nº 332, de 04 de novembro de 2003.

preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço (Lei 8.080/90, título V), assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997, s/p [grifos nossos]).

A composição desta Comissão e seu caráter intersetorial representaram, dentre outras questões, a possibilidade do Conselho Nacional de Saúde discutir as demandas sobre a formação profissional em saúde. Assim, o primeiro anúncio de uma política sobre a formação profissional foi realizado por este Conselho, a partir da regulamentação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS).

A NOB/RH-SUS define Recursos Humanos<sup>46</sup> como

a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., **tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros** (Brasil, 2005a [grifos nossos]).

A primeira versão do documento ‘Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS’ foi elaborada no ano de 1998 e divulgada a partir de discussão entre especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde, na “Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”, que aconteceu em Goiânia, nos dias 16 e 17 de novembro de 1998. Este primeiro documento pôde ser aprimorado durante a 10ª CNS, que aconteceu no ano 2000, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a gestão do trabalho no SUS. Nas Conferências seguintes (11ª e 12ª) foram aprovados documentos revistos e ampliados, compondo a 2ª e a 3ª versão do primeiro documento Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS (Brasil, 2003a).

---

<sup>46</sup> Perceba-se neste trecho, assim como em outros aspectos da NOB/RH-SUS, a compreensão do trabalhador restrita e comparada aos recursos físicos, materiais e financeiros.

Mencionou-se o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde porque este documento foi elaborado e anunciado como uma *política nacional*<sup>47</sup> por iniciativa da CIRH, ou seja, por uma instância vinculada ao controle social, e não pela Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos<sup>48</sup> (CGPRH) do Ministério da Saúde, órgão de terceiro escalão do MS que até então era responsável pelas agendas da formação e do trabalho em saúde.

Diante da pouca capacidade institucional do MS frente a esta agenda, uma vez que havia também a pulverização das ações relativas ao trabalho e à educação em saúde em outras áreas do MS e não somente na CGPRH, as instâncias de controle social desempenharam papel ativo na formulação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Na NOB-RH/SUS consta ainda o reconhecimento de fóruns ampliados como as Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em Saúde na implementação de políticas públicas, ainda que sua influência, na perspectiva dos autores deste documento, estivesse restrita às experiências locais.

Ressaltamos [...] os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS que, de algum modo, influenciaram na implementação de políticas de recursos humanos em experiências isoladas, mas que não se efetivaram como política nacional para a gestão do trabalho no SUS (Brasil, 2003a, p. 9-10).

Uma das atribuições da CGPRH neste período era a realização de ações de formação e qualificação para o trabalho, que aconteciam sob a forma de treinamentos e capacitações pontuais (Teixeira *et al*, 2012). Este padrão de organização na oferta de atividades educativas,

---

<sup>47</sup> O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003[...] resolve aplicar “Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (Brasil, 2005, p.8).

<sup>48</sup> Esta Coordenação esteve inicialmente ligada à Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e posteriormente à Secretaria de Políticas de Saúde (Pierantoni *et al.*, 2012).

caracterizadas como atividades de educação continuada<sup>49</sup>, bem como o tratamento das questões referentes ao trabalho demonstram certa hegemonia da concepção de Recursos Humanos (RH)<sup>50</sup> nas políticas de saúde deste período.

Há que se considerar também que os limites desta agenda são parte dos desafios para a estruturação do SUS, uma vez que a década de noventa foi notabilizada pelas contradições entre a efetivação dos direitos sociais e algumas políticas de corte neoliberal adotadas pelos Governos dos Presidentes Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).

A NOB-RH/SUS contém como eixos<sup>51</sup>: Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS; Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS; Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS e Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS. Neste último, estão contempladas as discussões sobre a formação profissional no âmbito da graduação.

A referida norma trata das políticas do trabalho e da educação na saúde. Entretanto, as questões relativas ao trabalho e à gestão do trabalho em saúde ocupam mais espaço e destaque ao longo de todo o documento. As questões da formação profissional são tratadas exclusivamente como objeto das demandas para o trabalho, como pode ser observado em

---

<sup>49</sup> Com o surgimento da PNEPS, convencionou-se atribuir à Educação Continuada o sentido de processos de formação verticalizados, com pouca relação teoria-prática e desvinculados das necessidades dos trabalhadores em seu processo de trabalho. Ceccim & Feuwerker (2004, p.49) afirmam que “enquanto a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

<sup>50</sup> Na saúde, a noção de RH pode ser associada ao surgimento das análises sobre a formação médica fomentadas pela OPAS durante a década de 1950 (Vieira et al., 2011).

<sup>51</sup> Além destes itens, o documento contém ainda: Apresentação, Introdução, Fundamentação, Conceitos Básicos e Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS (Brasil, 2005).

períodos como: “A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva” (Brasil, 2005a p.53).

Concepção semelhante, que submete a racionalidade do saber em saúde – produzida, reproduzida e legitimada na Academia – à racionalidade do fazer, também está contemplada neste documento a partir das proposições de mudanças curriculares. Seria uma das atribuições do gestor federal do SUS:

Favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, **tendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino/aprendizagem** (Brasil, 2005a, p.54 [grifo nosso]).

As propostas analisadas concentram-se na ideia de que os estágios no SUS, a partir da ênfase na relação ensino-serviço, contemplariam a formação dos novos perfis profissionais requerido para o SUS. O princípio da integração ensino-serviço surge como proposição de mudança dos currículos disciplinares, normatizadores e distantes da realidade dos serviços de saúde. Assim, a integração ensino-serviço tem assumido certa centralidade nas políticas de formação profissional em saúde; inicialmente nos projetos e políticas de formação do nível técnico e, posteriormente, na formação superior (Ramos, 2010).

#### 4.1.1 O Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – Promed

No que se refere à formação profissional em saúde no âmbito da graduação, a única iniciativa do MS neste período pós 1988 foi o lançamento do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), em 2002. Cabe ressaltar, entretanto, que este Programa foi também a primeira iniciativa intersetorial para indução de mudanças na graduação. Sua formulação contou com a parceria entre o MS, o MEC, a

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Rede Unida (Oliveira *et al.*, 2008).

O Promed foi publicado pela portaria nº610, de 26 de março de 2002 e sua abrangência estava, inicialmente, restrita aos cursos de Medicina. Teve como objetivo “incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares” (Brasil, 2002, p.1).

O contexto de sua publicação foi marcado pela publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos de medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação. As DCN para os cursos de graduação em saúde foram aprovadas no período de 2001 a 2004, a partir de discussões com diversos atores sociais em todo o país, entre os quais se encontravam: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, com destaque para a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e entidades organizadas da sociedade civil como a Rede Unida (Rede Unida, 2004).

Além das DCN, a legislação do Promed destaca também o processo de ampliação do SUS, em especial das políticas de Atenção Primária e da Promoção da Saúde. Do ponto de vista da racionalidade, propunha “incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde e ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde” (Brasil, 2002, p. 1).



Entre os critérios de inclusão dos cursos de Medicina no Promed e como garantia de repasse dos recursos constavam o envio de projetos de “Inovação Curricular e de Práticas de Ensino ao Ministério da Saúde”.

A ideia das inovações curriculares, amplamente manifesta ao longo do texto, estavam justificadas pela necessidade de formar “profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro”. Tais inovações seriam viabilizadas a partir da “adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada” (Brasil, 2002, p. 2).

Na compreensão de Oliveira e Koifman (2004), as reformas curriculares dos cursos de graduação em saúde têm experimentado a adoção de diversas opções metodológicas na relação ensino-aprendizagem. Os autores destacam, entretanto, a necessidade de associar esta discussão aos aspectos mais amplos do currículo, como a seleção dos conteúdos, os formatos de ensino e os processos de produção e de reprodução da sociedade a partir das instituições de ensino.

#### **4.2 A Criação da SGTES e as Políticas de Formação Profissional em Saúde nos Anos 2003- 2005**

Apesar das primeiras iniciativas de formulação de políticas para a formação dos profissionais de saúde surgirem na década de 1990, foi a partir de 2003, por ocasião do primeiro mandato do Presidente Luis Inácio Lula da Silva e das conseqüentes mudanças na reorganização do MS, que a intervenção estatal sobre as demandas por mudança na formação profissional se ampliaram.

Conforme análise de Vieira et al.2011, o início deste governo

foi aguardado com fortes expectativas de mudanças, sobretudo no que se refere às políticas sociais – afinal, uma das marcas mais relevantes de administrações petistas anteriores, nos níveis estadual e municipal, havia sido o enfrentamento da questão social, diante uma perspectiva senão de superação, ao menos de redução das desigualdades. [...] De fato, logo no segundo mês de governo, o então Ministro da Saúde Humberto Costa abriu a reunião da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) afirmando o irrestrito apoio do governo federal ao SUS (p. 91-92)

Uma das primeiras medidas desta nova gestão foi a reformulação da configuração institucional do MS, que passou a contar com cinco secretarias<sup>52</sup>, dentre as quais a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ampliando o grau de institucionalidade desta discussão no âmbito do MS.

Tal Secretaria tinha como atribuições promover a ordenação de recursos humanos na área da saúde e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área. Ela foi criada, dentre outras questões, para desenvolver ações de fomento às políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS (Brasil, 2003).

Vieira et al. (2011) destaca que um dos desafios para esta Secretaria foi a superação do conceito de recursos humanos, pelo reconhecimento da restrição deste conceito ao enfoque gerencial, e pela necessidade da adoção de paradigmas que valorizassem o trabalho e a educação e contemplassem aspectos da qualificação profissional e do reconhecimento dos trabalhadores e estudantes como sujeitos autônomos, participativos e criativos.

Para diversos autores, a criação da SGTES revela significativo avanço na estruturação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, ampliando a visibilidade dos

---

<sup>52</sup> Vieira et al. (2011) destaca ainda que estas secretarias foram ocupadas por quadros vinculados à Reforma Sanitária e/ou administrações petistas anteriores. A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Maria Luiza Jaeger havia sido Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

trabalhadores de saúde no desenvolvimento da política de saúde do país (Teixeira *et al.*, 2012; Pierantoni *et al.*, 2012. ).

O Decreto de sua criação, publicado ainda no ano de 2003, indicou como estrutura organizacional da SGTES dois departamentos – Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

Ao DEGES, que resguarda maiores relações com esta pesquisa, compete: participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde; buscar a integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e para a adequação da formação profissional às necessidades da saúde; e, estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde.

Dentre as ações desenvolvidas por esta Secretaria e por este Departamento entre os anos de 2003 e 2005, serão objeto de discussão as três políticas que se relacionam à formação profissional em saúde no âmbito da graduação, ou seja, 1) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2) o PET-Saúde e o 3) VER-SUS.

#### 4.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Não é objetivo desta dissertação analisar a PNEPS de forma exaustiva, mas interpretar os deslocamentos argumentativos que fizeram com que em apenas determinado momento ela estivesse relacionada à formação profissional na graduação.

No ano de 1994, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) publicou o documento ‘Educación Permanente de Personal de Salud’ em que a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi definida e recomendada pela possibilidade de intervir no processo de trabalho em saúde e incidir diretamente sobre a qualidade dos serviços de saúde e sobre a situação de saúde da população: Educação no Trabalho, para o Trabalho e pelo Trabalho (Haddad *et al.*, 1994).

Em um processo de recontextualização desta proposta, foi aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde o documento “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, com posterior publicação da Portaria nº 198 em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2004a).

Na referida portaria, mencionam-se como contexto de formulação da PNEPES as responsabilidades legais no ordenamento da formação profissional e o compromisso com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, fato político relevante uma vez que os princípios da RSB estiveram ausentes nas publicações e proposições do SUS durante a década de 1990<sup>53</sup>.

A discussão sobre as diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EPS) foi o eixo central de discussão da SGTES nesta primeira gestão (Teixeira *et al.*, 2012). A EPS seria, em sua primeira formulação, o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil, 2004a,p. 1).

---

<sup>53</sup> Bravo & Menezes (2010, p. 56) destacam a ausência dos pressupostos da RSB nas publicações deste período e afirmam que “é necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira, que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença”.

Este conceito propõe a indissociabilidade entre a formação e as práticas profissionais, o que é justificado pela “importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde” (Brasil, 2004a, p. 2).

Assim, além da integração do ensino com a atenção à saúde, tornou-se objetivo da política a relação com as esferas da gestão e do controle social. A legislação previa que a condução da PNEPS fosse realizada a partir de um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Os Polos seriam compostos por gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (Brasil, 2004a).

No que se refere às mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde, foram propostas as seguintes atribuições aos polos:

articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;  
formular políticas de formação e desenvolvimento de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base localregional;<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> O Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde foi concebido pelo MS entre 2003 e 2005 e implantado a partir deste ano, mesmo com a mudança da gestão central do MS. Estava destinado prioritariamente a docentes do ensino superior ou profissionais dos serviços envolvidos com esse nível de formação. O principal objetivo do curso era ativar e ampliar a capacidade educacional do corpo docentes dos cursos de saúde para implementar as DCNs da área. O curso foi desenvolvido com financiamento da SGTES, em uma parceria do MS com a EAD-ENSP-FIOCRUZ e a Rede Unida, e

estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde (Brasil, 2004a, p. 3).

#### 4.2.2 O Aprender-SUS

O documento ‘Aprender-SUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde’ foi lançado no ano de 2004 durante uma oficina para apresentação e discussão sobre a política de mudança na formação dos profissionais de saúde do MS. Essa oficina contou com a participação de MS, MEC, Fórum das Associações de Ensino, Comissão de Representação das Executivas de Estudantes e Representação do Controle Social no SUS (Brasil, 2004b).

O Aprender-SUS adotou como eixo central a integralidade. Como contexto de sua formulação, incluiu-se a análise de que os movimentos e iniciativas de mudança na graduação em saúde, ainda que considerassem como horizontes a integralidade e a humanização das práticas assistenciais, desconsideravam a organização da gestão do Setor e o debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde (Brasil, 2004b).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (Brasil, 2004b p. 4).

O documento ressalta que desde 2003 os Polos de Educação Permanente em Saúde e o processo de certificação dos hospitais de ensino haviam produzido aproximações entre o

---

formou quase 800 profissionais, em quatro grandes núcleos regionais: São Paulo ( estados do Sul e São Paulo), Rio de Janeiro (Sudeste), Brasília (Norte e Centro-Oeste) e Aracaju (Nordeste).

sistema de saúde e as instituições formadoras; este seria, portanto, um cenário positivo para a implantação do Aprender-SUS.

As estratégias propostas pelo Aprender-SUS incluíam: a) adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação: convocatória nacional para sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde, curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação<sup>55</sup>, implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; b) trabalho articulado com o Ministério da Educação para apoiar a implementação das diretrizes curriculares nacionais; c) desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Polos de Educação Permanente em Saúde para projetos relacionados às mudanças curriculares de acordo com as diretrizes já apresentadas; e d) sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (Brasil, 2004b).

#### 4.2.3 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS

O projeto de Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS/Brasil) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, inicialmente pela SGTES, em parceria com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

A proposta do VER-SUS contemplava a oferta de vivências e estágios no Sistema Único de Saúde com duração de 15 a 20 dias a estudantes universitários da saúde e de outras áreas do conhecimento. Um dos objetivos do projeto era a formação de profissionais voltados para as necessidades de saúde da população e o Sistema Único de Saúde, por meio do

---

<sup>55</sup> Ver nota anterior.

fortalecimento dos processos de mudança da graduação e articulação entre as instituições de ensino na área da Saúde e os serviços (Brasil, 2004c).

Dos projetos e políticas analisadas até então, o VER-SUS/Brasil é o único que contempla em seus argumentos a possibilidade de interlocução com estudantes de outras áreas, para além dos tradicionais cursos da área da saúde, resgatando a possibilidade de contribuir com a prática interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde.

No que se refere à proposição de Mudanças Curriculares, o projeto expressa desafios relativos à gestão do sistema, às estratégias de atenção, ao controle social e aos processos de educação na saúde, a partir das propostas de vivência e estágio. Neste sentido, além das atividades assistenciais, o projeto propõe para os estudantes, o contato com as ações de condução do sistema de saúde.

Durante o VER-SUS, os protagonistas têm a oportunidade de vivenciar conquistas e desafios inerentes a um sistema amplo e complexo como o SUS. Podem também, aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, a gestão, a atenção, a educação e o controle social no Sistema, configurado em distintas formas de operar nas diversas regiões do Brasil (Brasil, 2004c).

Ademais, propõe-se a “valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes do espaço de vivência no processo da Reforma Sanitária”. E, do ponto de vista da relação educação-trabalho, o projeto deveria “provocar reflexões acerca do papel do estudante enquanto agente transformador da realidade social”. Destacava ainda o protagonismo estudantil e o estímulo à “inserção dos estudantes no Movimento Estudantil e em outros Movimentos Sociais” (Brasil, 2005c).

A partir do seminário ‘Os Estudantes Universitários da Área da Saúde e o SUS’, ocorrido em Brasília, em Junho de 2003, três edições de vivências aconteceram entre os anos



de 2004 e 2005. Esse seminário teve por objetivos: apresentar formalmente a proposta de parceria do Ministério da Saúde com o Movimento Estudantil para a realização do VER-SUS/Brasil; e proporcionar o estabelecimento de uma base de conhecimentos a respeito do SUS para as 16 representações de curso convidadas a participarem do mesmo (Brasil, 2005c). Depois de quase seis anos, este projeto retomou suas atividades no ano de 2011.

### **4.3 As Políticas de Formação Profissional em Saúde nos anos 2006-2010**

Em julho de 2005, por ocasião da saída do então Ministro Humberto Costa, tomou posse o então deputado federal do PMDB, Saraiva Felipe. Neste segundo momento de gestão do MS, e, por conseguinte, da SGTES, ocorreram mudanças relevantes, sobretudo na equipe do DEGES na condução das políticas de gestão da educação na saúde.

Entre as rupturas em relação ao período anterior, destacam-se as concepções e operacionalização da PNEPS, a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e suas modificações, bem como a instituição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), conforme será discutido a seguir.

#### **4.3.1 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I – Pró-Saúde I**

O Pró-Saúde I, publicado pela portaria nº 2.101 de 3 de novembro de 2005, propõe mudanças em relação ao Promed. A primeira delas é que amplia, inicialmente, seu escopo de atuação para os cursos de Enfermagem e Odontologia, além da Medicina. O argumento descrito para esta ampliação é o de que estas profissões integram as equipes do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2005b).

Percebe-se, entretanto, que as ideias de inovação curricular, amplamente destacadas na portaria nº 610 que institui o Promed, não estão enfatizadas no texto do Pró-Saúde. Do ponto de vista da Racionalidade dos Saberes e das Práticas em Saúde propõe-se “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (Brasil, 2005b, p.1).

#### 4.3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – 2ª formulação

Certamente as mudanças mais expressivas na SGTES foram em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que passou a ser regida pela portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 e definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto<sup>56</sup> pela Saúde.

As alterações incluíram em seu processo de operacionalização, por um lado, a extinção dos pólos e, por outro, a constituição das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a perspectiva adotada anteriormente em relação à formação para adequação às necessidades do trabalho. Isso pode ser observado no texto a seguir

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2007a, p. 1).

A constituição das CIES e adoção do desenho da regionalização ampliaram o grau de organização da política no âmbito da gestão dos municípios e estados, definindo melhor seus

---

<sup>56</sup> Portaria nº- 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o compromisso firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão.

objetos. Contudo, eliminou “o protagonismo representado pelos Polos de Educação Permanente em Saúde” (Vieira et al., 2011, p.106).

Para Ricardo Ceccim, “a principal mudança é que (...) [a nova equipe de gestão da SGTES] pass[ou] a entender educação permanente como uma didática, porque a política (...) [da nova equipe] não [era] a de encontrar todo mundo. A política (...) [era] dizer o que deve[ria] ser feito” (Vieira et al., 2011, p.106).<sup>57</sup>

Do ponto de vista da finalidade da PNEPS, destaca-se também a exclusividade da política no que se refere à formação dos trabalhadores da rede, e não mais a perspectiva ampliada de formação que incluía também mudanças nos cursos de graduação. Ou seja, a nova PNEPS propõe para as universidades o cumprimento de demandas da rede e dos trabalhadores, e não mudanças em seus processos pedagógicos na graduação.

apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos a esta Portaria (Brasil, 2007a, p. 2).

#### 4.3.3 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II

Uma segunda versão do Pró-Saúde foi publicada pela portaria interministerial nº 3.019 de 26 de Novembro de 2007, que institui a ampliação do Pró-Saúde para as outras profissões

---

<sup>57</sup> Ricardo Ceccim, diretor do DEGES/MS de 2003 a 2005, foi entrevistado por pesquisadoras da EPSJV por ocasião da pesquisa sobre “O trabalho e a educação na saúde: a questão dos ‘recursos humanos’ ” que compõe o livro “Para além da Comunidade: Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, organizado por Monica Vieira, Anna Violeta Durão e Márcia Lopes, 2011.

da área da saúde. Nesta portaria, percebe-se a ampliação do contexto de formulação e justificativa do Programa. Além do marco da publicação das DCN e da responsabilidade constitucional do SUS na ordenação da formação profissional, também são destacadas as diretrizes do Pacto pela Saúde, bem como a experiência adquirida com o Pró-Saúde (Brasil, 2007b).

O texto não evidencia argumentos claros sobre a extensão do Pró-Saúde para os outros cursos de graduação em Saúde. Esta ausência pode estar relacionada à falta de definições mais expressivas sobre a ampliação do caráter multiprofissional nas políticas de atenção primária e promoção da saúde, visto que diferente das portarias anteriores este discurso não apresenta centralidade em uma política de saúde específica, como foi o caso da ampliação para os cursos de Enfermagem e Odontologia<sup>58</sup>.

Ao mesmo tempo, há que se considerar o caráter indutor deste Programa no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, publicadas a partir de 2001, para os cursos de Saúde.

#### 4.3.4 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Do ponto de vista do contexto e justificativa para implantação, a Portaria destaca aspectos da relação entre o MS, sobretudo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), e o MEC, “a partir de sua responsabilidade constitucional de incrementar o desenvolvimento científico e

---

<sup>58</sup> Convém ressaltar ainda que a criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), aqui destacados como política de ampliação do caráter multiprofissional na atenção primária à saúde no país, foi realizada a partir da Portaria nº 154 em 24 de Janeiro de 2008.

tecnológico e de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”.

No que se refere ao contexto de sua formulação, o PET-Saúde destaca ainda o papel da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que “atribui ao Ministério da Saúde a função de articular junto ao Ministério da Educação estratégias de indução a mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde”.

Como argumento central de sua constituição, o PET-Saúde aposta na necessidade do “processo de integração ensino-serviço e capacitação pedagógica de criar estímulo para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de graduação”.

Neste sentido, o Programa propõe também o estímulo à “formação de docentes com um novo perfil, mais adequado às necessidades do SUS”. Tendo como pressuposto central a *educação pelo trabalho*,

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 Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2008, p.2).

No corpo da Portaria, faz-se menção à 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como argumento de autoridade ou legitimação do documento pelo controle social, uma vez que não é possível encontrar na Portaria maiores esclarecimentos ou uma vinculação mais expressiva com estes fóruns de controle social.

Uma segunda versão do PET-Saúde foi lançada pela portaria interministerial nº421 de 3 de março de 2010, que propõe o lançamento de Editais Temáticos no âmbito do PET-Saúde.

Atualmente há editais e projetos temáticos nas áreas de Vigilância em Saúde e Saúde Mental/Crack.

#### 4.4 Algumas Considerações

A análise aqui empreendida nos leva ainda a considerar a variedade de concepções, significados e propostas da formação profissional em saúde nos textos das políticas do MS para esta área, no período de 1988 a 2010. Esse exercício revela algumas continuidades e mudanças discursivas que aconteceram durante o período analisado e pode contribuir para ampliar a visão sobre a formulação, implementação e avaliação das políticas sobre este tema no campo da saúde.

Tais políticas expressam as especificidades do campo da saúde, mas também as mediações deste com os campos da educação, do trabalho e com o mundo social. Neste sentido, os documentos analisados constroem sua argumentação levando em consideração, prioritariamente, os discursos construídos e legitimados pelo campo da Saúde. É exemplo disso os conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente, que têm significados distintos nos campos da Saúde e da Educação<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Na saúde, Educação Permanente e Educação continuada possuem significados pedagógicos distintos. À Educação Permanente em Saúde correspondem iniciativas de formação e reflexão sobre o trabalho pautadas pelo exercício da problematização em um contexto em que as mudanças no trabalho e no modelo assistencial decorrem das mudanças na ação dos trabalhadores da Saúde. Enquanto que a Educação Continuada em Saúde refere-se à realização de ações pontuais e verticais como treinamentos, que podem acontecer ao longo da trajetória dos profissionais (Ceccim; Ferla, 2009). No setor Educação, mais especificamente na Pedagogia, os termos Educação Permanente e Educação Continuada são frequentemente tratados como sinônimos e podem corresponder a um processo contínuo do desenvolvimento individual, b) um princípio de organização de um sistema global de formação, e c) uma estratégia de orientação de uma política de recursos humanos (Moreira, 2010).

A institucionalização, no âmbito do MS, das agendas da educação e do trabalho em saúde reconfigurou as políticas da área, bem como acumulou poder para este campo de ação. Ao mesmo tempo, a SGTES ampliou o escopo de ação da área, a discussão do trabalho e da educação em saúde (Pierantoni *et al.*, 2012).

Por mais que a criação desta Secretaria tenha ampliado as dimensões do trabalho e da educação, seus significados estiveram em disputa ao longo do tempo. A concepção de Recursos Humanos em Saúde, que foi hegemônica nos anos 1990, foi superada nas políticas em um breve e importante período (2003 – 2005), e em alguns aspectos, resgatada no período posterior (2006-2010).

Percebe-se também que os projetos, sobretudo aqueles que representam articulação entre o MEC e o MS concentram seu escopo de atuação na Estratégia Saúde da Família, a partir do argumento do destaque que a política vem assumindo para a universalização da assistência e para a promoção da saúde.

Conforme mencionado anteriormente (capítulo 3), as reformas curriculares ou, neste caso, as discussões sobre as necessidades de mudança na formação profissional em saúde pretendem “melhor ajustar o sistema escolar às necessidades sociais” (Sacristán, 2000,p.18). Neste contexto, políticas como a PNAB e a Política Nacional de Promoção da Saúde compõem proposições de reorganização assistencial na Saúde no Brasil e, simultaneamente, são vetores importantes de modificação do sistema de formação e do mercado de trabalho para os profissionais do setor Saúde.

Entre os anos de 1992 e 2005 houve uma elevação do número de postos de trabalho na rede SUS, apesar do “encolhimento dos empregos da rede hospitalar”. Isto se deve às “mudanças na esfera pública, decorrentes das estratégias de indução do Ministério da Saúde,

principalmente em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Saúde Bucal que permitiram a abertura de milhares de novos empregos no mercado de trabalho odontológico, incorporando odontólogos e auxiliares de saúde bucal” (Machado, Oliveira e Moyses, 2010, p. 6).

Assim, a busca de adequação dos currículos da Saúde a estas políticas (PNAB e Promoção da Saúde) também passa pelas ideias de nova possibilidade de empregabilidade no setor e adequação ao mundo do trabalho. Um movimento no qual as reformas curriculares “obedecem pretensamente à lógica de que através delas se realiza uma melhor adequação entre os currículos e as finalidades da instituição escolar, ou a de que com elas se pode dar uma resposta mais adequada à **melhora das oportunidades dos alunos e dos grupos sociais**” (Sacristán, 2010, p. 18 [grifo nosso]).

Ademais, a formulação e implementação das políticas de educação na saúde têm como um de seus desafios ganhar visibilidade em um contexto de ênfase do discurso no trabalho e na gestão do trabalho, como mencionado por Pierantoni et al. (2012), em análise sobre a implementação das políticas de educação e do trabalho em nos anos de 2007 e 2008:

Se a gestão do trabalho ainda merece a mobilização de investimentos para sua qualificação, a gestão da educação se mostrou subsumida nas atribuições da gestão de RH. Observa-se que, em muitos casos, o gestor dessa área não estava voltado para a política de educação na saúde, mas para gerir os recursos da secretaria, sem que estivesse em discussão a questão da educação. Assim, o fato de as políticas de gestão da educação na saúde não serem do conhecimento dos gestores demonstra que permanece ainda o conceito antigo de RH (Pierantoni et al., 2012, p. 85).



### **SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL FORMULADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

As Conferências Nacionais de Saúde vêm se constituindo como uma arena estratégica para a efetivação da participação social, em especial, considerando o caráter centralizador do Estado brasileiro. Para Escorel & Moreira (2009), as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos Nacionais de Saúde constituem “uma proposta vigorosa de distribuição de poder”, tanto em relação a outros setores dentro do próprio país quanto comparado a outros países.

Avritzer (2012) destaca a incorporação das conferências nacionais em outras áreas, em especial a partir do segundo mandato do Governo Lula (2007-2010), quando as conferências nacionais se generalizaram<sup>60</sup>, constituindo o discurso de políticas participativas do Governo e efetivando principal forma de participação social nas políticas públicas no nível federal.

Por outro lado, as Conferências Nacionais de Saúde vivem dilemas importantes, dentre os quais a qualidade da representação e a sua efetividade (Escorel & Moreira, 2009). Questiona-se, por exemplo, em que medida as CNS têm exercido seu caráter deliberativo e de antecipação à formulação de políticas públicas na área da Saúde.

---

<sup>60</sup> Nos últimos 20 anos, foram realizadas 80 conferências em diversas áreas temáticas: 21 na área da saúde, 20 no tema das minorias, 6 de meio ambiente, 22 sobre Estado, economia e desenvolvimento, 17 sobre educação, cultura, assistência social e esportes e 11 sobre direitos humanos (DULCI, 2011 apud Avritzer, 2012).

A solução desses impasses pode redundar em um sistema de colegiados participativos em saúde em que predominem a burocratização, o clientelismo e uma hierarquia de poder impeditiva de transformações substantivas na formulação de políticas de saúde e no sistema de atenção à saúde. Mas, pode conduzir também à constituição de verdadeiras esferas públicas de democracia deliberativa com efetividade nas políticas de saúde (Escorel; Moreira, 2009, p.245)

Avritzer (2012) afirma ainda “que, seja do ponto de vista das principais características políticas, tais como processo de participação e caracterização dos participantes, seja do ponto de vista dos seus efeitos sobre as políticas públicas, existe muito pouco conhecimento sobre as conferências nacionais” (Avritzer, 2012, p.9).

A partir deste contexto foi estruturado o último objetivo específico desta dissertação, cujas reflexões resultaram na construção deste capítulo. Existiriam inúmeras formas de discutir as relações entre as CNS e as políticas públicas. Entretanto, como o esforço empreendido até aqui tem sido no sentido de evidenciar referenciais teóricos e empíricos que se apresentam na constituição dos discursos sobre a formação profissional, trataremos de analisar neste texto algumas relações entre a produção, reprodução e a transformação de determinados discursos e argumentos ao longo das CNS – com expressão em seus Relatórios – e das políticas públicas de formação profissional formuladas pelo MS.

### **5.1 Os discursos sobre a Formação Profissional em Saúde nas CNS e nas Políticas do MS**

A análise das relações entre estes discursos prescinde da ideia de comparação. Objetivou-se colocá-los em diálogo, considerando, entretanto, as especificidades nas características, finalidades e objetivos dos dois tipos de texto analisados<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Conforme destacado no Capítulo 2, a compreensão das finalidades e objetivos destes textos possibilita colocá-los em perspectiva (Charmaz, 2009, p.58). Destaque-se que os Relatórios finais das CNS e os documentos

Os Relatórios finais das CNS representam a sínteses possíveis das discussões realizadas em arenas amplas e plurais, com representação de diversos movimentos sociais, coletivos e instituições mobilizadas para realizar análises sobre os problemas de saúde do Brasil e para construir propostas para sua superação. Os relatórios registram a multiplicidade dos discursos dos agentes, movimentos sociais e instituições presentes, dos marcos legais da área, das leituras sobre o contexto político, econômico e social do país e, frequentemente, propostas e deliberações feitas em Conferências anteriores<sup>62</sup>.

No caso das Políticas, os textos analisados foram prioritariamente as Portarias, que têm como objetivo o estabelecimento de diretrizes para a operacionalização de políticas específicas. Estes textos podem ser caracterizados pela sua brevidade e objetividade. Utilizam como estratégia de legitimação argumentos técnicos – com referências científicas do campo da Saúde de forma implícita – e sustentam a argumentação a partir de Leis e de Portarias publicadas anteriormente. No capítulo 4, objetivou-se preservar na análise destes documentos as expressões e conceitos presentes e que se relacionavam às categorias analíticas do estudo – *Racionalidades dos saberes e das práticas em saúde; Mudanças curriculares; e Relações entre o MEC e o MS*.

Para a redação do presente capítulo, realizou-se uma síntese das questões apresentadas nos capítulos 3 e 4 desta dissertação, no sentido de evidenciar os marcadores discursivos da formação profissional em saúde. A partir desta síntese, serão apresentadas algumas análises e hipóteses sobre a relação entre os discursos das CNS e os discursos das Políticas analisadas.

---

institucionais do MS possuem mecanismos de apresentação e de construção distintos.

<sup>62</sup> O capítulo 4, que discutiu os Relatórios finais das CNS no pós-1988, privilegiou a análise temática de questões que surgiram nas Conferências ao longo dos últimos anos e teve como desafio a multiplicidade de propostas, uma vez que estas nem sempre são convergentes.

### 5.1.1 Sobre as Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde

**Quadro 2 – Categoria 1: Racionalidade dos Saberes e das Práticas em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010)**

<b>Políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (concepções, propostas e contexto)</b>	
<p><b>Conferências Nacionais de Saúde</b></p> <p>A integralidade como crítica à racionalidade científica moderna e como imagem-objetivo da formação profissional em saúde</p> <p>O ensino das práticas integrativas e complementares e a negociação de novas Racionalidades</p>	<p><b>CGPRH / MS</b> Recursos Humanos em Saúde / Oferta de ações de Educação Continuada</p>
	<p><b>NOB/RH-SUS</b> Recursos Humanos em Saúde / Ênfase nas questões do trabalho e da gestão do trabalho em saúde / A educação como objeto das demandas para o trabalho em saúde</p>
	<p><b>PROMED</b> Formar profissionais habilitados para responder às necessidades do SUS / Incorporar noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde (Medicina)</p>
	<p><b>SGTES I</b> Tentativa de Superação do conceito de Recursos Humanos</p>
	<p><b>PNEPS I</b> Indissociabilidade entre ensino, atenção à saúde, gestão em saúde e controle social</p>
	<p><b>Aprender-SUS</b> Eixo Central: integralidade</p>
	<p><b>Pró-Saúde I</b> Transformação do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade /Abordagem integral do processo saúde-doença (Medicina, Enfermagem e Odontologia)</p>
	<p><b>VER-SUS</b> Formação de profissionais voltados para as necessidades de saúde da população e do SUS / Prática interdisciplinar (envolvimento de cursos de graduação para além da Saúde)</p>
	<p><b>SGTES II</b> Formação para adequação às necessidades do trabalho em saúde</p>
	<p><b>PNEPS II</b> Formação para adequação às necessidades do trabalho em saúde</p>
<p><b>Pró-Saúde II</b> Transformação do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade /Abordagem integral do processo saúde-doença (todos os cursos de graduação em Saúde)</p>	
<p><b>PET-Saúde</b> Formação de profissionais com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde/ Sensibilizar e preparar profissionais de saúde da rede para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira</p>	

Nos Relatórios Finais das CNS, são apresentados problemas relacionados à atuação e à formação profissional. Parte considerável destas discussões notabilizou críticas ao modelo da medicina científica, em especial aos atributos de mecanicismo, prescrição, ênfase na doença e normatização de condutas nas práticas profissionais. Estas características demandavam ações de indução de formação profissional com “competência técnica, ética e política”<sup>63</sup>.

A racionalidade biomédica tem sido, em parte, responsável pela redefinição das categorias profissionais, bem como pela divisão técnica e social<sup>64</sup> do trabalho em saúde, que se caracteriza pela organização fragmentada dos processos de cuidar, com distinção entre quem gerencia o cuidado e quem o executa, distanciamento da complexidade do indivíduo em busca da parte do corpo afetada pelo problema de saúde, disparidades salariais e conflitos dentro das equipes de trabalho (Pires, 2009).

Os textos das políticas, que enfatizam as necessidades de mudança na formação profissional em saúde, não apresentam, entretanto, referências explícitas à racionalidade do saber que tem orientado as práticas do Setor. Prioriza-se a lógica da omissão deste argumento e a estruturação destes textos a partir de aspectos técnicos e características institucionais, com construção de associações imediatas entre a necessidade de mudanças na formação profissional e as necessidades dos novos perfis profissionais demandados pelo SUS e pelas novas modalidades do trabalho em saúde.

Este achado se aproxima da análise realizada por Baptista (2003) sobre as Políticas de Saúde no Pós-Constituinte, no que se refere à ênfase em argumentos técnicos, em detrimento dos aspectos políticos, como indicador do caráter de centralização de poder na esfera do

---

<sup>63</sup> Expressão referida em diversos relatórios finais desde a 8ª CNS.

<sup>64</sup> É preciso considerar a divisão social e técnica do trabalho em saúde no contexto da divisão técnica e social do trabalho no modo de produção capitalista, em suas relações com as práticas políticas, econômicas e ideológicas (Arouca, 2003).

Executivo no setor Saúde.

[...] o setor saúde mantém uma estrutura institucional que reproduz a concentração de poder, considerando o caráter técnico-burocrático inerente ao setor que fortalece/possibilita a postura indutora e pouco transparente e que determina sob bases científicas bem fundamentadas as escolhas políticas, nem sempre escolhas sensíveis às demandas sociais, sendo este um dos principais impasses para a mudança e o alcance efetivo do direito à saúde. Dessa forma, o dilema entre o que é tecnicamente viável ou desejável e o que é de direito é um tema que também mereceria ser aprofundado, pois é sob essa base de negociação política que estará fundada a política de proteção social (Baptista, 2003, p.28).

Além destes aspectos mais gerais é preciso considerar também a especificidade destas relações (CNS-MS) ao longo do tempo. Conforme mencionado no capítulo 4, foi possível identificar, pelo menos, três períodos mais claros do ponto de vista dos ciclos das políticas de gestão da educação na saúde (antes da SGTES, 1ª gestão da SGTES e 2ª gestão da SGTES).

No primeiro ciclo, que antecede a criação da SGTES, o conceito de Recursos Humanos, com repercussões no formato dos processos educativos era mais explícito. No segundo momento – primeira gestão do MS e da SGTES (PT) – buscou-se a superação da lógica dos Recursos Humanos e de seus correspondentes. No terceiro ciclo da política, que corresponde à segunda gestão do MS e da SGTES (PMDB), apesar da manutenção da denominação da gestão anterior – gestão do trabalho e da educação na saúde – há algumas semelhanças com o padrão empreendido pela lógica dos Recursos Humanos, que nos parece ser hegemônico nas políticas da área.

A expressão Recursos Humanos também tem sido frequentemente utilizada nas Conferências desde a sua primeira descrição na 4ª CNS, conforme apresentado no Capítulo 2. Entretanto, percebe-se que nas Conferências, em especial a partir da 8ª CNS, a utilização deste termo contempla sentidos mais amplos de trabalho e educação na saúde, superando o viés gerencial que tem caracterizado sua utilização nos documentos da OPAS e em algumas

das políticas analisadas.

Outro aspecto desta discussão refere-se à incorporação do sentido da integralidade. Nas CNS este princípio tem sido adotado como imagem-objetivo da formação profissional em saúde. Nas políticas, percebe-se em algumas Portarias (Promed e Pró-Saúde I e II) a adoção do termo integralidade de forma instrumental como, por exemplo, na expressão “incorporar [...] noções integralizadas do processo saúde-doença” ou “abordagem integral do processo de saúde-doença”. Projetos como o Aprender-SUS apresentam, entretanto, concepções de integralidade que se aproximam das demandas sociais discutidas nas CNS, como “imagem-objetivo” da formação para o setor.

Por fim, ainda sobre as Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde, nas CNS apontou-se a necessidade de incorporar práticas integrativas e complementares ao ensino dos profissionais de saúde, com vistas à sua incorporação nas redes e serviços de saúde. Nas políticas analisadas, entretanto, não foi verificada nenhuma ação que contemplasse esta proposta.

## 5.1.2 Sobre as Mudanças Curriculares

**Quadro 3 – Categoria 2: Mudanças Curriculares nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010)**

Conferências Nacionais de Saúde	Políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (concepções, propostas e contexto)	
<p>As necessidades de Saúde e os processos de mudança curricular</p>	<p><b>CGPRH / MS</b></p> <p><b>NOB/RH-SUS</b></p> <p><b>PROMED</b></p>	<p>Proposta pedagógica: princípio da integração ensino-serviço</p> <p>Incentivo a mudanças nos cursos de graduação em Medicina/ Proposta pedagógica: inovações curriculares e metodologias centradas no estudante a partir da ampliação da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde</p>
<p>As novas Diretrizes Curriculares Nacionais e as políticas indutoras de mudanças</p>	<p><b>SGTES I</b></p> <p><b>PNEPS I</b></p> <p><b>Aprender-SUS</b></p> <p><b>VER-SUS</b></p>	<p>Indissociabilidade entre formação e práticas profissionais/ Estímulo a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino/ Proposta pedagógica: problematização do processo de trabalho</p> <p>Transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho e formação de docentes / Proposta pedagógica: problematização e metodologias ativas</p> <p>Fortalecimento dos processos de mudança na graduação e articulação entre as instituições de ensino na área da Saúde e os serviços/ Proposta pedagógica: vivência e estágio/ Estímulo ao protagonismo estudantil</p>
<p>A ênfase nas Políticas de Atenção Básica e de Promoção da Saúde</p>	<p><b>SGTES II</b></p> <p><b>Pró-Saúde I</b></p> <p><b>PNEPS II</b></p> <p><b>Pró-Saúde II</b></p> <p><b>PET-Saúde</b></p>	<p>Ampliação da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde /Mudanças curriculares para os profissionais das Equipes de Saúde da Família</p> <p>Ênfase nos processos de formação e qualificação dos trabalhadores da rede</p> <p>Ampliação da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde /Mudanças curriculares para os profissionais de Saúde</p> <p>Processo de integração ensino-serviço e capacitação pedagógica para os profissionais da Atenção Básica/ Formação de docentes com perfil adequado às necessidades de saúde/ Princípio (educação pelo trabalho)</p>



A questão das Mudanças Curriculares encontra-se amplamente discutida tanto nas CNS quanto nos textos das Políticas, talvez em função de um relativo consenso entre os agentes do campo da saúde de que os problemas na formação profissional estão relacionados à estruturação do ensino nas Universidades. Estas instituições, além de integrarem um outro setor do Estado, o Ministério da Educação, operam a partir de uma lógica própria e muito distinta em vários aspectos daquelas em vigor no campo da Saúde.

Tanto nos Relatórios das CNS quanto nos documentos das Políticas, são frequentes as associações entre as necessidades de mudança nos cursos de graduação em Saúde para adequação à realidade das necessidades de saúde da população e às demandas do SUS<sup>65</sup>. As necessidades do SUS, nos dois tipos de documentos analisados, referem-se à promoção da integração entre a formação profissional, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde ou às práticas e conceitos relativos à promoção da saúde.

A ênfase da inclusão da ESF como cenário nas reformas curriculares – ou nos discursos que visam induzir estas reformas – fundamenta-se na ideia da ESF como vetor de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Entretanto, persistem dois desafios com relação ao alcance desta proposta. O primeiro, discutido no capítulo 4, refere-se ao fato das práticas na ESF ainda serem pautadas pela racionalidade biomédica. E o segundo, de que persiste a necessidade da transformação dos outros cenários da formação em saúde no âmbito da graduação em saúde, como as salas de aula, laboratórios, ambulatórios e hospitais, que concentram a maior carga horária dos cursos e onde a prática biomédica constitui sua reprodução e legitimação.

---

<sup>65</sup> As necessidades de saúde da população se referem também às necessidades de grupos específicos ou minorias. Nas Políticas, destaca-se a possibilidade de mensuração destas necessidades a partir do perfil epidemiológico da população. Desta possibilidade decorrem os discursos sobre a necessidade de adequar a formação ao perfil epidemiológico da população. Perceba-se, novamente, a utilização de critérios técnicos para a constituição dos argumentos nos textos do poder Executivo do setor Saúde.

### 5.1.3 Sobre as Relações entre o MS e o MEC

**Quadro 4 – Categoria 3: Relação entre o MS e o MEC nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Políticas do MS (1988-2010)**

<p><b>Conferências Nacionais de Saúde</b></p>	<p><b>Políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (concepções, propostas e contexto)</b></p>	
<p>Sobre o “Ordenamento da Formação Profissional em Saúde”: Concepções e Expectativas quanto ao papel de cada um dos Ministérios</p>	<p><b>CGPRH / MS</b></p>	<p>Ações isoladas entre cada Ministério / Composição da CIRH (iniciativa do CNS) para realizar articulações intersetoriais / Pouca institucionalidade da agenda no MS e papel ativo do controle social</p>
	<p><b>NOB/RH-SUS</b></p>	<p>Propõe a realização de cursos e ordenamento da formação dos trabalhadores para o setor Saúde, juntamente com o Ministério da Educação</p>
<p>Da relação entre a Universidade, os Serviços de Saúde e a Sociedade</p>	<p><b>PROMED</b></p>	<p>Portaria Interministerial</p>
	<p><b>SGTES I</b></p> <p><b>PNEPS I</b></p>	<p>Participação do MEC na Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS</p>
	<p><b>Aprender-SUS</b></p>	<p>Ressalta necessidade de atuação conjugada entre MS e MEC para implementação das diretrizes curriculares nacionais/ Menciona a ação conjunta (MEC e MS) dos critérios e instrumentos de avaliação dos cursos de graduação na área da saúde/ Apresenta como um eixo de ação a formação docente</p>
	<p><b>VER-SUS</b></p>	<p>Apoio à implantação das DCN</p>
	<p><b>SGTES II</b></p> <p><b>Pró-Saúde I</b></p> <p><b>PNEPS II</b></p> <p><b>Pró-Saúde II</b></p> <p><b>PET-Saúde</b></p>	<p>Portaria Interministerial</p> <p>Não menciona o papel do MEC no que se refere à formação de nível superior (apenas a necessidade de observação as DCN da formação dos trabalhadores de nível médio)</p> <p>Portaria Interministerial</p> <p>Portaria Interministerial/ Apoio à formação docente dos profissionais da rede</p>

A ação interministerial para proposição de mudanças na graduação em Saúde é percebida como um movimento necessário e estratégico para implementar mudanças na formação em saúde, porém as iniciativas de aproximação entre estes Ministério são relativamente recentes.

Nas CNS, apresentam-se expectativas e proposições no sentido da ampliação do compromisso social da Universidade. Nas Políticas, propõe-se a indução de mudanças na formação profissional a partir de projetos e editais que não são universais e, conforme mencionado anteriormente, restritos à realização de estágios e pesquisas na ESF, o que indica tímidas associações entre estas instituições (Universidade e Ministério da Saúde).

## **5.2 Da Retórica das CNS como Arena de Antecipação à Formulação de Políticas Públicas**

Para Bravo e Correia (2012), o princípio da participação social no SUS foi idealizado na perspectiva do controle social, com o objetivo de envolver setores organizados da sociedade na formulação, acompanhamento e até na definição da alocação de recursos de planos, programas e projetos das políticas de saúde. Esta seria a missão institucional deste fórum.

No que se refere à formulação de políticas públicas sobre a formação profissional, Ceccim et al (2002) ressalta que apesar de muitas propostas terem sido formuladas e defendidas nos relatórios das Conferências, pouco se avançou em algumas questões, como por exemplo, na construção de sistemas de avaliação do ensino, “bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem de seus alunos” (Ceccim et al, 2002, p.282). Resgate-se aqui o dilema destacado por Milani (2008), referido no capítulo 3, de que os atores não governamentais, nas melhores hipóteses, são convocados

somente antes e depois da negociação e não são incorporados no processo de formulação das políticas.

A análise do tema da formação profissional em saúde nestes dois fóruns revelou que as relações das Conferências, mais especificamente de seus Relatórios, com a formulação de políticas têm variado ao longo do tempo. Possui, portanto, caráter histórico, influenciado, simultaneamente, por questões do mundo social, com lógicas e leis específicas dos campos da Saúde e da Educação, além das relações destes campos com os demais, como o político e o científico. Envolvem, portanto, as características e opções das instituições e dos agentes envolvidos em uma ampla arena de lutas.

Percebe-se que a maior participação das esferas do controle social na formulação de políticas ocorreu exatamente quando a Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde era percebida como instância de menor poder e visibilidade institucional (pré-1988- 2003). Este contexto favoreceu a participação e o protagonismo das esferas do controle social – como exemplo, destaque-se a publicação da NOB-RH SUS e o seu ciclo de discussões em arenas técnicas e políticas como o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências<sup>66</sup>.

Escorel & Moreira (2009) destacam, ao mesmo tempo, que este mecanismo compõe uma “gestão paralela do SUS”:

Outra tendência, observável tanto no CNS quanto em Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, é a de tentar ‘substituir’ o gestor das políticas de saúde, ou ainda, de buscar promover uma gestão ‘paralela’ do SUS. Os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde são pródigos em exemplos desse tipo de recomendações. Seria possível argumentar que se trata de uma reação das instâncias de participação social em saúde diante das atitudes dos gestores que tendem a desprezar as decisões dos Conselhos e

---

<sup>66</sup> Não necessariamente esta formulação contou com maior concretude de ações. Não há como negar que o escopo das ações sobre a gestão da educação na saúde tem sido maior mediante ampliação da institucionalidade na área, conferida pela SGTES.

Conferências, assim como a não apoiar o seu funcionamento (Escorel; Moreira, 2009, p.241).

Posteriormente, no período 2000-2010, apesar do aumento significativo de ações e propostas do MS no que se refere às mudanças na graduação em saúde – que teve como impulsionadores a criação da SGTES no MS e a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da Saúde no MEC – percebe-se uma incorporação parcial de algumas das propostas das CNS nos textos das políticas.

Esta incorporação parcial – em certa medida quase que incidental – nas políticas pode estar relacionada a uma série de fatores, sobre os quais apresentamos algumas hipóteses, que podem vir a ser discutidas em estudos futuros dedicados à análise do papel e da efetividade das CNS. Estas hipóteses são:

- a) Algumas propostas são realizadas por coletivos ou movimentos sociais que têm como uma de suas pautas reivindicatórias a formação profissional em saúde. Estes coletivos<sup>67</sup> dedicam-se à continuidade na mobilização e defesa de suas propostas ao longo do tempo, participando de Comissões e reuniões do Conselho Nacional de Saúde, ou de reuniões ou Seminários com o MS, como mediadores para a efetivação da proposta. Neste caso o Conselho Nacional de Saúde e as arenas técnicas ampliadas do MS podem se configurar como mediadores na efetivação de propostas realizadas nas Conferências de Saúde.
- b) Considerando o caráter paritário das CNS, este fórum envolve a representação de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Assim, parte das propostas aprovadas nas Conferências e efetivadas como Políticas Públicas resulta de proposições

---

<sup>67</sup> São reconhecidos movimentos sociais e Associações que pautam mudanças na formação profissional em saúde, dentre os quais a Rede Unida, Associações de ensino na área da Saúde, movimentos docente e discente, dentre outros.

próprias do MS<sup>68</sup>;

### 5.3 Das Relações entre as CNS e as Políticas Públicas de Formação Profissional: os Mecanismos Discursivos

As relações entre estas arenas – controle social e poder Executivo – seriam, do ponto de vista constitucional, de antecipação à formulação de políticas. Entretanto, a partir da pesquisa realizada e das hipóteses mencionadas acima foi possível perceber vários sentidos nestas relações, marcados por alguns mecanismos discursivos, dentre os quais:

- a) Os discursos das CNS como *mecanismo de pressão*: as CNS têm sido reconhecidas como importante espaço para vocalização de demandas da sociedade. Neste sentido, os discursos das CNS podem se apresentar como mecanismo de pressão sobre instâncias como o MS, na forma de questionamento das políticas vigentes, proposição de mudanças e de novas ações, uma vez que não há um fluxo definido de negociação para efetivação das propostas das CNS pelo MS.
- b) Os discursos das CNS como *mecanismo de legitimação*: as CNS constituem também espaço de legitimação das propostas tanto dos movimentos sociais e agentes do campo da Saúde quanto do próprio MS e da área técnica responsável por esta agenda. No caso do MS, o processo de apresentação de propostas sobre ações que já estão sendo desenvolvidas, ou serão desenvolvidas em breve, pode contribuir para a reprodução dos discursos instituídos, divulgação das ações do Governo e ampliação das possibilidades de adesão dos agentes presentes nas CNS a estas políticas. Ressalte-se, neste caso, que a assimetria de poder entre gestores, trabalhadores e usuários pode influenciar, por exemplo, na aprovação e reprovação de determinadas propostas. O

---

<sup>68</sup> Acrescente-se a esta análise o fato de no Brasil não existir profissionalização da gestão (como uma carreira de Estado no MS), parte dos gestores que conduzem a política podem ser também agentes envolvidos com alguns movimentos sociais, coletivos ou Universidades constituindo vias de oportunidade para a efetivação das propostas a partir da formulação de Políticas.

caráter excessivo de validação das políticas nas CNS pode contribuir para a continuidade do caráter centralizador do MS e do Estado brasileiro.

A separação que foi proposta nesta análise obedece apenas ao caráter didático de maior clareza na exposição das ideias. Percebe-se que *pressão* e *legitimação* são mecanismos que coexistem nos documentos analisados. A forma com que estes mecanismos surgem nestes espaços e se manifestam ao longo do tempo pode ajudar a revelar quão instituídos ou instituintes têm sido os discursos das CNS sobre a formação profissional em saúde.

## CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

---

A análise sobre a formação profissional em saúde no Brasil empreendida ao longo destas páginas procurou evidenciar alguns dos sentidos, argumentos e mecanismos discursivos que têm caracterizado os problemas e as proposições de mudança nesta área em um período recente da história brasileira (1988-2010). Assim, as análises são parte de um processo que envolve os desafios para a estruturação do SUS, a institucionalização da participação social e a expressão das incompatibilidades entre o modelo de formação profissional em saúde ainda vigente em boa parte das IES e as perspectivas do *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira.

A construção desta dissertação resultou da tentativa de diálogo entre, pelo menos, três grandes temas – saúde, educação e participação social. A interdisciplinaridade – que tem sido um dos princípios da Saúde Coletiva – foi a imagem-objeto perseguida ao longo de todo o processo de escrita. Mas isso não é simples. Eventualmente nos confrontamos com a possibilidade de fuga dos objetivos propostos e fomos atraídos por questões que não poderiam ser contempladas neste momento. Por outro lado, fomos recompensados pela amplitude e diversidade das discussões empreendidas. Tudo isso pode parecer pouco quando olhamos para os resultados que constam no texto, mas possui grande valor para o ofício de uma pesquisadora em formação.

O conceito de campo e as indicações metodológicas de Bourdieu foram essenciais para as reflexões sobre as produções textuais analisadas, discursos produzidos em um campo a partir de suas relações e tensões internas, com os outros campos e com o espaço social como



um todo. Seria este um dos grandes achados da pesquisa, não fosse também um dos nossos maiores limites, pois não foi possível trabalhar com dimensões importantes como as trajetórias dos agentes (individuais e coletivos), suas posições sociais em determinados momentos da história, suas produções de discursos.

Alguns aspectos que se apresentavam na construção do projeto como impressões iniciais, dentre os quais o fato de encontrar diversos termos e expressões referentes à formação profissional em saúde, puderam ser observados e cuidadosamente estudados, a ponto de hoje ser possível reconhecer que parte da trajetória da formação profissional em saúde se expressa a partir dos diversos marcadores discursivos que a caracterizam: pessoal, recursos humanos, força de trabalho em saúde, formação, educação e gestão da educação na saúde. Tais marcadores não representam uma opção desinformada. Ao contrário, compõem as interfaces e distinções nas relações entre os campos da Educação, do Trabalho, da Saúde; dentro deste, expressam as diferenças entre matrizes de pensamento e grupos políticos. Aprendemos, portanto, que os referenciais e pressupostos que informam as necessidades vocalizadas por agentes e movimentos sociais nas CNS, bem como as ações do Estado sobre a formação profissional em saúde, se expressam também pelas opções destes na construção de seus discursos.

Pareceu-nos relevante destacar que, até a década de 1970, os projetos de mudança estavam associados à incorporação dos paradigmas da Medicina Preventiva e Social e aos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação, de maneira distinta das mudanças empreendidas na década de 1990 e a partir dos anos 2000, que enfatizaram, com exceção de um breve período de tempo (2003-2005), a adequação da formação profissional aos novos dispositivos assistenciais, em especial, a ESF. Percebeu-se assim o deslocamento da discussão para a racionalidade do *fazer*. Do nosso ponto de vista, o núcleo central do modelo biomédico

deve ser analisado quando da proposição de novos modelos de formação. Para tal, a revisão e as mudanças sobre a racionalidade do *fazer*, mas também do *saber*, nos parecem fundamentais.

As relações entre educação e trabalho nos textos analisados mostram que estes dois temas têm sido tratados de maneira indissociável. Indicamos, entretanto, alguns limites de discursos sobre a formação profissional que buscam tão somente a sua adequação ao mercado de trabalho ou às novas modalidades do trabalho em saúde pautadas pelo sentido de empregabilidade.

Muitas propostas de mudança na formação profissional em saúde têm sido empreendidas ao longo do tempo. O volume e a amplitude das propostas, bem como sua presença em todas as CNS analisadas indicam de algum modo a relevância desta questão para os agentes, coletivos e instituições do campo da Saúde. Entretanto, a influência dos relatórios (e das Conferências) sobre a formulação de políticas tem variado ao longo do tempo. De modo geral, consideramos que a apropriação foi parcial e de forma reduzida. Seriam indícios das lacunas no processo de democratização destas políticas, com repercussões para as políticas de saúde?

Dessa forma, nos parece que a capacidade institucional do SUS e da relação instituída entre o MS e o MEC, bem como o pequeno grau de democratização destas instâncias têm se mostrado insuficientes para constituir ações que superem o paradigma biomédico na formação profissional, em direção aos objetivos da Reforma Sanitária Brasileira, aos princípios do SUS e da mudança no modelo de atenção à Saúde no Brasil. Acreditamos que a radicalidade do exercício da participação social seja fundamental para a construção das mudanças necessárias à formação profissional em saúde, sobretudo em função da complexidade de setores e instituições envolvidas nesta trama.

A ampliação das CNS e o seu reconhecimento como espaço para vocalização de demandas e exercício de *pressão* foram necessários, mas não suficientes para revelar uma cultura de democracia na formulação das políticas. No entanto, por mais que os resultados desta investigação nos levem a questionar o potencial instituinte das Conferências para a formulação de políticas, consideramos fundamental que esta experiência permaneça no sentido de fortalecer a cultura da participação no setor saúde e no Brasil.

Para as Conferências Nacionais de Saúde e para os seus participantes permanecem, portanto, os desafios da resistência e os esforços para a continuidade das disputas por políticas de formação que possam se constituir de forma coletiva e democrática. Aos gestores do Ministério da Saúde e também ao Ministério da Educação, fica o reconhecimento destes fóruns e a efetivação da democratização da política de saúde e de formação profissional em saúde como diretrizes constitucionais. Estas proposições nos parecem ainda mais relevantes a partir de algumas questões que se renovam nesses primeiros anos do Governo Dilma, seja por sua capacidade pouco inventiva no sentido da instituição de novas políticas ou do fortalecimento e ampliação das políticas de formação profissional em saúde no âmbito da graduação, ou por iniciativas recentes como a regulamentação que reestrutura a carreira docente.

Por fim, acreditamos que a análise dos discursos que realizamos (CNS e políticas MS) oferece algumas contribuições para o estudo deste objeto (a trajetória discursiva da formação profissional em saúde no pós-1988), bem como para as pesquisas no campo da Saúde Coletiva. Certamente os resultados apresentados não encerram as possibilidades de resposta para as questões apresentadas, ao contrário, sugerem novas perguntas e hipóteses sobre o problema em questão.

A possibilidade que tivemos de realizar um mergulho histórico nos processos de

elaboração de políticas de saúde, que interferiram e interferem nos processos de formação de profissionais e de mudanças no modelo tecnoassistencial, demonstrou que em períodos passados propostas foram realizadas impactando transformações fundamentais para a saúde do país – no que tange à implantação do Sistema Único de Saúde – o que difere, em alguma medida, de algumas recentes ações governamentais. Poderá ganhar importância, a nosso ver, acompanhar as consequências para a Formação em Saúde desse movimento, assim como para a saúde dos usuários do sistema. Será uma boa oportunidade de continuidade deste estudo, que agora realizamos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

ALVES, G. Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. 2ª edição, Londrina: Praxis. Bauru: Canal 6, 2007.

AROUCA, A.S. Saúde é Democracia. *In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986.

\_\_\_\_\_. Apresentação. *In: Teixeira, S.F. (Org.). Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. 232p.

\_\_\_\_\_. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AVRITZER, L. Conferências Nacionais: Ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. IPEA. Texto para Discussão 1739. Rio de Janeiro, maio de 2012.

BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Pós-constituente: um estudo da política Implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil / (Tese: Instituto de Medicina Social/UERJ), Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. *In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 11- 43.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BLOCH, R. A.; ESCOREL, S. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. *In: Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. (orgs). Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930.

\_\_\_\_\_. Lei Nº378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Brasília no dia 15/01/1937.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 1961.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990-a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990-b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União* de 23 de dez. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 225, de 08 de maio de 1997. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação/ Conselho Nacional de Saúde. Parecer Nº: CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610, que institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília, 26 de Março de 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. rev. e atual., 3.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726 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. Brasília, 09 de junho de 2003b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 332, de 04 de novembro de 2003. Brasília, 2003c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 13 de fevereiro de 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender-SUS e os cursos de Graduação da Saúde. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101 que institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, 3 de Novembro de 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Folder VER-SUS: Componente Extensão Universitária no SUS. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº2.118 de 3 de novembro de 2005, que institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 20 de Agosto de 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019 que institui a ampliação do Pró-Saúde para as outras profissões da área da saúde. Brasília, 26 de Novembro de 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria normativa nº 2/2013. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BOURDIEU, P. Coisas Ditas. (trad.) Cássia Silveira e Denise Pegorin. São Paulo: Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 10ª edição. Mariza Corrêa (trad.) – Campinas (SP): Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. Os usos sociais da ciência. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

\_\_\_\_\_. A economia das tocas simbólicas. Sergio Miceli (org.) São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S.B. A política de saúde no governo Lula. In: Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. (Org.) Maria Inês Souza Bravo, Vanda D'Acri e Janaina Bilarte Martins. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010.

BRAVO, M.I; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. In: Serviço Social e Sociedade. nº.109 São Paulo Jan./Mar. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Contracapa.. In: MATTA G.C., LIMA, J.C.F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. E. et al. Introdução. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006-a.

CAMPOS, F. E. et al. Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006-b.

CAMPOS, F.E. et. al. O Programa Nacional e Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: PIERANTONI, C.R. & VIANA, A.L.D (org.) Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

CASTRO, J. L. Protagonismo silencioso: a presença da Opas na formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil [Tese Doutorado]. Natal: Observatório RH-NESC UFRN/MS/Opas/ OMS, 2008.

CECCIM, R.B. ARMANI, T.; ROCHA, C.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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2):373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C.M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

\_\_\_\_\_. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R.B; FERLA, A. A. Verbete: Educação Permanente em Saúde. In: *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Isabel Brasil Pereira e Julio César França Lima (orgs.) – 2ª ed ver.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CHARMAZ, K. Coletando dados relevantes. In: *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa* (trad.) Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DONNANGELO, M.C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. 2ª ed. São Paulo : Hucitec,2011.

EVANGELISTA, O. Subsídios teóricos para construção de uma metodologia para análise de documentos de Política Educacional In: SHIROMA, E. O. *Dossiê: Uma Metodologia para*



Análise Conceitual de Documentos sobre Política Educacional. Texto para discussão no GEPETO – Grupo de Estudos sobre Política, Educação e Trabalho. Florianópolis/SC, 2004.

ESCOREL, S. MOREIRA, M.R. 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.

FEUERWERKER, L. C.M. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: Educação Médica em Transformação. MARINS, J.J.N. et.al. (orgs.) São Paulo: Hucitec, 2004.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. Nova York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4). Disponível em: [http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf). Acesso em: 5 mar. 2011.

FLICK, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. In: Análise de Dados Qualitativos. Gibbs, G. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRENK, J et. al. Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente. In: The Lancet, [Volume 376, Issue 9756](#), Pages 1923 - 1958, 4 December 2010. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol376no9756/PIIS0140-6736\(10\)X6159-1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol376no9756/PIIS0140-6736(10)X6159-1). Acesso em: 26 de março de 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADELHA, P.E.; MARTINS, R. A Política Nacional de Saúde e a 8ª CNS. In: Saúde em Debate N.20. 89-73. 1988.

GADOTTI, M. Prefácio In: Educação e Mudança. Paulo Freire. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GIOVANELLA, L. et. al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794, 2009.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 15- 39, 2004.

HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M.A.C; DAVINI, M.C. Educación Permanente de Personal de Salud. OPAS/OMS, 1994.

LACAPRA, D. História Intelectual. In: ‘Giro linguístico’ e historia intelectual. RORTY, R.; LACAPRA(Org.). Universidade Nacional de Quilmes. Buenos Aires, 1998.

LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J. G.C. (Orgs.). Educação Médica em Transformação - instrumentos para a construção de novas realidades. Rio de Janeiro: ABEM/HUCITEC, 2004.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In ED Nunes (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. Ed. Global, São Paulo, 1983. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedoenca.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2012.

LUZ, M. T. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. 47 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 140).

\_\_\_\_\_. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. In: *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(1): 13-43, 1997.

\_\_\_\_\_. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005.

\_\_\_\_\_. Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MACHADO, C.V. Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. [Tese]. Curso de Pós graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Trabalho aprovado para ser apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda no dia 10 de junho de 2010, Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: [http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo\\_tendencias\\_EM\\_REVISOR.pdf](http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVISOR.pdf). Acesso em < 10 de março de 2013>.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; Lima, L.D. Apresentação: Política de estado, Projetos de Governo e Saúde. In: Vieira, C.M. (Org.). Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. In: *Rev. Katálysis*. Florianópolis v. 10 n. 1 p. 15-23 jan./jun. 2007.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Ruben de Araujo Matos (orgs.). Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2006.

MILANI, C.R. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 42(3):551-79 Maio-Jun, 2008.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A.C. In: contracapa do livro. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MOREIRA, M.C. Educação Permanente em Saúde: Uma Revisão Sistemática da Literatura Científica. [Monografia do Curso de Pós Graduação em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32963/000759925.pdf?sequence=1> . Acesso em < 18 de março de 2013> .

MOTA, A. et al. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NEVES, C.E.B. Desafios da Educação Superior. In: Sociologias, Porto Alegre, ano 9, nº 17, jan./jun. 2007, p. 14-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200019&script=sci_arttext). Acesso em: 03 de janeiro de 2012.

NOGUEIRA, M. I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: *Por uma sociedade cuidadora*. PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: História de uma Ideia e de um Conceito. In: *Saúde e Sociedade* 3(2): 5-21, 1994.

OLIVEIRA, I. O Controle Social nas Conferências Nacionais de Saúde: Concepções, Avanços e Limites. Dissertação: Faculdade de Serviço Social/UFAL). Maceió, 2009.

OLIVEIRA, N.A. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. In: *Revista Brasileira de Educação Médica* 32 (3): 333 – 346, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a08.pdf>> Acesso em: 13 de janeiro de 2013.

OPAS/OMS. Saúde nas Américas: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países. Washington, DC: OPAS, 2012.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, S. (org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. *Reforma Sanitária Brasileira Contribuição para a Compreensão e Crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008-a.

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 625-644, 2008-b.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 32(4):299-316, 1998.

PEDUZZI, M. SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. *In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Isabel Brasil Pereira e Julio César França Lima (orgs.) – 2ª ed ver.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PEREIRA, I.B. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *In: Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 117- 143.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PIMENTEL, A. O Método da Análise Documental: Seu Uso numa Pesquisa Historiográfica. *In: Cadernos de Pesquisa* [online]. nov. 2001, no. 114, pgs. 179-195. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100742001000300008&lng=pt&nr\\_m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100742001000300008&lng=pt&nr_m=iso). Acesso em: 07 de outubro de 2011.

PINHEIRO, M. C. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-*Constituição Federal* brasileira de 1988. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):449-458, mar-abr, 2005.

PIRES, D. E. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. *In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Isabel Brasil Pereira e Julio César França Lima (orgs.) – 2ª ed ver.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PIRES-ALVES, F. A. et al. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. *In: RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.68-77, mar., 2010.

RAMOS, M. Políticas de Educação Profissional em Saúde no Brasil (1980 a 2000). *In: Ramos, M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_\_. da 6ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1977.

Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1980.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Brasília, 1986. 29p.

\_\_\_\_\_. da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde: Municipalização é o Caminho. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1993.

\_\_\_\_\_. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1998.

\_\_\_\_\_. 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/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF, 2001.

\_\_\_\_\_. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

SACRISTÁN, J. G. O Currículo: uma reflexão sobre a prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: Inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Martins, JJN; Rego, S;

SALLUM Jr, B. Metamorfoses do Estado brasileiro no final do Século XX. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 18 nº. 52 junho/2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n52/18065.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2012.

SÁ-SILVA, J. R. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas In: Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Ano I - Número I - Julho de 2009.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SANTOS, B. S. A Universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova. Coimbra, Outubro 2008.

SAYD, J.D. et. al. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). In: PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 8(2) 165-195, 1998.

SCHRAIBER, L.B. Prefácio. In: Paim, S.J. Reforma Sanitária Brasileira Contribuição para a Compreensão e Crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SILVA JÚNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistencias em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva. Segunda edição. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SOUZA, C. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. In: Revista de Sociologia Política, Curitiba, 24, p. 105-121, jun. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a08n24.pdf> > Acesso em 18 de março de 2012.

TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

TEIXEIRA, M. et. al. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: Vieira, C.M. (Org.). Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TESSER, C.D. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8): 1732-1742, ago, 2009.

VIEIRA, M. Verbete Recursos Humanos em Saúde. *In: PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. LOPES, M.R. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. *In: Para Além da Comunidade Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

## APÊNDICE A <sup>69</sup>

**Quadro 5** – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 1 – Racionalidades dos Saberes e das Práticas em Saúde.

<b>Conferência</b>	<b>Categoria 1 - Racionalidades dos Saberes e Práticas em Saúde</b>
9ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a formação de profissionais com visão integral comprometimento social e formação geral;</li> <li>• Promover a inclusão da fitoterapia e outras práticas alternativas nos currículos da área de saúde;</li> </ul>
10ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [Processos de revisão curricular que garantam]:</li> <li>• a interiorização, inclusive para zonas rurais, dos estágios, internatos e residências dos profissionais da Saúde, garantindo aumento da cobertura, qualidade das ações de saúde e integração entre as ações de ensino e de prestação de serviços;</li> <li>• [Processos de revisão curricular que garantam]:</li> <li>• a inclusão de disciplinas de assistência integral à saúde da mulher, substituindo a visão subjacente nas disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia, tradicionalmente existentes, que atribui à mulher a função meramente reprodutora;</li> <li>• a capacidade dos alunos para reconhecer as doenças ocasionadas pelo trabalho e para executar ações de vigilância e assistência individual e coletiva;</li> <li>• a inclusão da linguagem de sinais como disciplina curricular, visando a preparação de profissionais para o atendimento integral aos deficientes auditivos.</li> </ul>
11ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cenário</u></li> <li>• A formação dos profissionais não está orientada para o atendimento da população usuária do SUS;</li> <li>• Os participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada, hoje, para o atendimento da população usuária do SUS. Há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, que precisa ser melhor preparado quanto à humanização.</li> <li>• Há deficiência técnica e ética na formação do profissional, que são formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera da clientela, dificultando o acesso;</li> <li>• Necessidade de formar profissionais que reflitam sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social.</li> <li>• <u>Proposições</u></li> <li>• Formar profissionais para o uso de fitoterápicos na rede pública.</li> </ul>

<sup>69</sup> Eventualmente, parte da redação dos trechos foi modificada com o objetivo de realizar síntese, desde que não houvessem danos ao seu conteúdo original. Os trechos dos quadros que foram selecionadas para compor o corpo do texto da Dissertação foram verificados novamente nos originais dos Relatórios Finais das CNS para que se apresentassem no texto em suas características originais.

12ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde;</li> </ul>
13ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que o Ministério da Saúde incentive o intercâmbio de conhecimento entre os universos científico e popular/empírico, com a realização de pesquisas de interesse da saúde das populações vulneráveis, produzindo inovações a baixo custo para o SUS;</li> <li>• Postular como prioridade a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior, com a introdução de conteúdos referentes às políticas de saúde, à humanização, à atenção básica, enfatizando a visão da integralidade do cuidado e formando, assim, profissionais com perfil voltado à promoção e à atenção à saúde, e comprometidos com o SUS;</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração Própria a partir de coleta de dados nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (1988-2010).

**Quadro 6** – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 2 – Mudanças Curriculares.

<b>Conferência</b>	<b>Categoria 2 - Mudanças Curriculares</b>
9ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar os currículos profissionais adequando-os às realidades epidemiológica e étnico-cultural das populações;</li> <li>• Introduzir nos currículos estágio compulsório na rede básica de serviços, objetivando a adequação profissional à realidade social;</li> </ul>
10ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [Princípios da proposta de criação de Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde ]:</li> <li>• Revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS;</li> <li>• O Conselho Nacional de Saúde e o MS devem organizar junto ao MEC, aos conselhos profissionais da área da Saúde e às universidades e com outras instituições de ensino superior, públicas e privadas, processos de revisão curricular, com o objetivo de humanizar a relação entre a equipe de saúde e os usuários do SUS, garantindo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• a inclusão de conteúdos de Saúde Pública e SUS, de Saúde Comunitária, de noções de geriatria e gerontologia, da disciplina de Bioética e de conteúdos de ciências sociais e humanas nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação na área da Saúde;</li> </ul> </li> </ul>
11ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cenário</u></li> <li>• O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica.</li> <li>• <u>Proposições</u></li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular mesas regionais e estaduais de discussões entre gestores, conselhos e órgãos formadores sobre a necessidade de adequar a formação profissional ao SUS, coordenada pelos Conselhos Regionais e Estadual de Saúde.</li> <li>• Revisão das estruturas curriculares para que se enriqueçam com o debate da política, legislação e trabalho no SUS; articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de Controle Social do SUS; estabelecimento de estruturas acadêmicas capazes de exercer o assessoramento permanente às comissões técnicas que debatem práticas, rotinas e métodos na Atenção à Saúde;</li> <li>• Cumprir a resolução da 10ª CNS no que se refere a Recursos Humanos, sobre a “revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos do nível superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS”;</li> <li>• Implementar novas diretrizes curriculares para ensino médio e superior da área da Saúde, de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da Saúde, disciplinas sobre Saúde Coletiva;</li> <li>• Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de Atenção à Saúde;</li> </ul>
12ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar e implantar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, com o objetivo de discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS, com garantia de trabalhadores em quantidade suficiente e recursos físicos e financeiros, com cooperação técnica entre as três esferas de governo, com controle social;</li> <li>• Garantir os incentivos oferecidos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados para a prática multiprofissional segundo os interesses e necessidades da população;</li> <li>• Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS;</li> </ul>
13ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir o ensino da doença falciforme nos currículos de formação profissional em medicina e odontologia em todo o país;</li> <li>• O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer projetos, convênios e/ou programas que envolvam os graduandos da área da Saúde, de universidades públicas e particulares, para desenvolverem trabalhos integrados de ação social em saúde e educação na rede do SUS, por meio de estágios e atividades regulares de formação, em especial nas áreas da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e na rede de saúde mental;</li> <li>• Ampliação do Pró-Saúde, associada a estágios para os acadêmicos de odontologia, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e outros, e a implementação de ações semelhantes ao projeto VER-SUS (metodologia de estágios de vivência) com vagas no serviço público para estagiários interessados, contribuindo com a formação, a produção de conhecimentos e a qualificação da formação em saúde;</li> </ul>

- Considerando-se que o Pró-Saúde não contempla as complexidades necessárias ao processo de mudança de formação dos trabalhadores em saúde, bem como desconsidera as especificidades loco-regionais e restringe a participação e o efetivo controle social, para garantir a ampla e democrática participação e coerente com a Política Nacional de Educação Permanente, os recursos destinados ao Pró-Saúde devem ser disponibilizados para negociação nas Comissões de Integração de Ensino e Serviço (instituídas pela Portaria MS nº 1.996/07). Dessa forma, permeabiliza a construção de mudanças na formação com participação de gestores, instituições formadoras e controle social;
- Que os Ministérios da Saúde e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e o controle social, definam e implementem uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais para efetivar práticas multiprofissionais e a produção de conhecimento interdisciplinar para o fortalecimento do trabalho em equipe, a qualificação de professores para metodologias ativas de ensino-aprendizagem e para a ativação de processos de mudança, a parceria entre instituições de ensino, serviços de saúde e as organizações comunitárias, buscando a construção de novas tecnologias do saber/fazer em saúde que rompam com a lógica de fragmentação do conhecimento, em consonância com o princípio da integralidade, garantindo a formação de um profissional de saúde comprometido com o SUS, com a qualidade da atenção à saúde, com o usuário e com o controle social, e que esta política não fique apenas como incentivo financeiro.
- Reafirmar a iniciativa do projeto VER-SUS/Brasil (Vivência e Estágios na Realidade do SUS no Brasil), oportunizando o contato direto dos estudantes com as realidades sociais, os movimentos sociais, os serviços e a gestão do sistema de saúde e com os conselhos de saúde, garantindo ao aluno da graduação práticas educativas, com vivências/estágios em todos os níveis de atenção à saúde, na gestão e no controle social;
- Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população;
- Aumentar a interface dos estudantes das profissões de saúde e afins com usuários, profissionais e gestores, com foco na promoção da saúde, possibilitando a formação de profissionais que se considerem formados pelo SUS para o SUS;
- Incluir a educação popular em saúde nas propostas pedagógicas da educação formal em todos os níveis de ensino;
- Inserir a educação em saúde e cidadania nos currículos escolares em nível nacional, incluindo formação profissional de nível técnico e superior, educação permanente e nas atividades das equipes de saúde da família, com subsídio para financiamento de material didático com relação à educação anti-racista e anti-discriminatória em todos os sentidos, capacitando os professores como multiplicadores desse tema, em conjunto com os profissionais de saúde;
- O Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, as instituições formadoras e as entidades profissionais devem estimular e apoiar práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, trabalhando institucionalmente com os usuários e os servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informações e comunicação nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo

**Fonte:** Elaboração Própria a partir de coleta de dados nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (1988-2010).

**Quadro 7** – Categorização das Questões sobre a Formação Profissional em Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde (9ª – 13ª CNS). Categoria 3 – Relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação

Conferência	Categoria 3 - Relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação
9ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de “ordenar a formação de recursos humanos”;</li> <li>• Absoluta falta de apoio político-financeiro à Universidade brasileira, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros docentes, acarretando a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor saúde.</li> <li>• Assegurar o estabelecimento de critérios para a formação de profissionais de nível técnico e superior na área da saúde. Tais critérios, definidos pelo SUS, devem ser considerados pelo Conselho Federal de Educação – MEC, para a abertura de novos cursos na área da saúde e para a aprovação de currículos dos cursos já em funcionamento. Para tanto, é necessária a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços para as funções de ensino, pesquisa e extensão com o projeto de implementação do Sistema. Assegurando-se a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde.</li> <li>• Garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma e sem fronteiras, estabelecendo mecanismos de inserção da Universidade no SUS;</li> </ul>
10ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O MS deve assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação profissional em saúde;</li> <li>• O MS deve apresentar um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, baseado nos seguintes princípios:</li> <li>• criação de comissões permanentes para integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde e as instituições de ensino fundamental e superior para deliberar sobre a capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos em Saúde, a partir da ótica do SUS;</li> <li>• fortalecimento dos vínculos com universidades, promovendo articulações intersetoriais para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva;</li> <li>• estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em Saúde (sistema de saúde-escola) com supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;</li> <li>• criação de novos cursos de nível médio e superior para a área da Saúde, de acordo com as necessidades do SUS;</li> <li>• O Conselho Nacional de Saúde deve reativar a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos e somente autorizar a criação de novos cursos e novas escolas de ensino superior em Saúde;</li> <li>• Os gestores do SUS e os órgãos de fomento à pesquisa devem apoiar, valorizar e participar de projetos de avaliação de instituições formadoras de recursos humanos em Saúde, como as da Comissão Interinstitucional Nacional de avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) e Rede União, Universidade, Unidade e Integração Docente Assistencial (UNIIDA), que buscam integração escola-comunidade e formação humanística dos futuros profissionais;</li> <li>• O MS deve providenciar a inclusão dos cursos de Biologia, Medicina Veterinária e Serviço Social no caput do artigo 7º, do Decreto Federal nº 1.303/94, que determina que a criação de novos cursos na área da Saúde deve ser submetida à avaliação da necessidade</li> </ul>

11ª CNS	<p>social do curso pelo Conselho Nacional de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenamento da Formação de Recursos Humanos pelo SUS – necessidade de regulamentar o artigo 200 da Constituição Nacional; incentivar técnica, financeira e politicamente a expansão da pós-graduação em Saúde no Brasil; estabelecer regras nacionais de articulação entre o MEC, as Sociedades de Especialistas e o CNS, e passar ao SUS a decisão sobre especialidades a serem criadas ou extintas, bem como a regulamentação da diversificação dos papéis das profissões e das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho da Saúde;</li> <li>• Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e ampliação de vagas na área de Saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, no cumprimento à Lei n.º 8.080/90 – art. 6.º – parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área de Saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população.;</li> <li>• Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades da população;</li> <li>• Integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias – universidade e sociedade – de tal forma que as universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação; e que tenham, como parte da sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com os serviços, com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de Saúde da sua região, seu País e seu mundo; e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade, por exemplo, em cursos de extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado do ponto de vista científico, técnico, humano, ético, crítico, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o Sistema de Saúde.</li> </ul>
12ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exigir dos órgãos competentes um rigoroso cumprimento da legislação e das demais normas expedidas pelos órgãos do poder público para abertura e funcionamento de cursos de formação de profissionais da área de saúde, submetendo a autorização à decisão conjunta do Ministério da Saúde, da Educação e dos respectivos Conselhos Nacionais. Tornar política conjunta tanto a autorização de novos cursos na área como a avaliação dos já existentes;</li> <li>• Adequar a abertura de cursos na área de saúde às características regionais, sociais, econômicas, epidemiológicas e demográficas e, a partir das diretrizes para a organização da atenção à saúde, das demandas da população e do sistema de saúde;</li> <li>• Recomendar que o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e instituições de ensino, viabilizem a adequação das grades curriculares para os cursos da área da Saúde (formação técnica, graduação e pós-graduação) em cumprimento do artigo 200, inciso III da Constituição Federal, incluindo e priorizando estágios para universitários e técnicos nos serviços públicos de saúde, com auxílio de bolsas, visando à formação de futuros profissionais comprometidos com as diretrizes do SUS.</li> <li>• Garantir recursos financeiros para a adequação de estágios para a formação profissional, priorizando os hospitais regionais e as</li> </ul>

	<p>unidades de saúde e de ensino públicos para a realização de estágios de nível médio, superior e pós-graduação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tornar obrigatória a criação de convênios, com contrapartida, investimentos financeiros e/ou tecnológicos, para realização de estágios de graduação entre universidades públicas e unidades e serviços de saúde do SUS;</li> <li>• Viabilizar convênios entre as universidades e órgãos governamentais das três esferas de governo em projetos de vivência no SUS, inclusive nos campos da gestão do SUS, para os universitários dos cursos da área da saúde, priorizando ações em cidades do interior, zonas rurais e terras indígenas, incluindo a participação de acadêmicos de diversas áreas do conhecimento.</li> <li>• Ampliar o acesso das classes populares e das populações indígenas aos cursos de graduação das áreas da saúde, a partir de uma articulação entre Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação;</li> </ul>
13ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que as instituições de ensino superior, em articulação com os serviços de saúde, invistam em campos de estágios, incluindo o Sistema Penitenciário, por meio de projetos, estudos e pesquisas que contribuam com a superação de problemáticas da saúde da população;</li> <li>• Que o Ministério da Saúde articule junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia e às Fundações de Amparo a Pesquisas, recursos para apoiar a realização de pesquisas sobre desafios estratégicos do SUS, o desenvolvimento de tecnologias sociais para a qualidade de vida e a interface entre a prestação de serviços e as instituições de ensino, com a participação ativa das secretarias de saúde no planejamento na execução e na avaliação dos serviços;</li> <li>• Os Ministérios da Saúde e da Educação devem, de forma articulada, formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, que atenda às necessidades do SUS, considerando as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde utilizando o SUS como campo de práticas, favorecendo a reorientação e melhoria da qualidade da formação, visando ao atendimento das necessidades de saúde da população.</li> <li>• Recomendar ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação que, por meio de leis específicas, assegurem o serviço civil público obrigatório remunerado aos estudantes de universidades públicas e privadas que recebem recursos públicos, para passar obrigatoriamente um período mínimo de dois anos trabalhando no serviço público como contribuição/devolução do investimento público recebido durante a sua formação;</li> <li>• Que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação avaliem criteriosamente a disponibilidade de campos de estágio e mercado de trabalho antes de autorizar a abertura de novos cursos em todos os níveis de formação na área de Saúde, assegurando que a ampliação desses cursos somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais e de debates nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses trabalho antes de autorizar a abertura de novos cursos em todos os níveis de formação na área de Saúde, assegurando que a ampliação desses cursos somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais e de debates nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses das instituições privadas de formação ou das corporações profissionais;</li> <li>• Assegurar que a abertura e a ampliação de cursos da área de Saúde (graduação, pós-graduação, residências e grupos técnicos) somente ocorra a partir das necessidades loco-regionais, após debates e definidas nos conselhos de saúde, e não conforme os interesses das instituições privadas de formação ou das corporações profissionais;</li> <li>• Regulamentar e disciplinar, em todo território nacional, a celebração de convênios para a realização de estágios curriculares no âmbito das unidades e dos serviços do SUS de alunos de graduação provenientes de universidades, faculdades e instituições de ensino superior, técnico e médio de caráter privado e/ou filantrópico, de forma a definir custos e modalidade de pagamento por aluno, cujos</li> </ul>

recursos devem ser destinados ao respectivo fundo de saúde, bem como assegurar que os estágios sejam realizados nas áreas prioritárias do SUS;

- O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação devem garantir a implantação de hospitais de ensino em todas as cidades que abrigam instituições federais de ensino superior em saúde;
- Que o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da Saúde;
- Aprimorar a legislação e os mecanismos de fiscalização das atividades exercidas por estudantes, residentes e estagiários em serviços de saúde, para evitar que atuem sem a devida supervisão e que sejam submetidos a condições degradantes de trabalho, com a jornada semanal muitas vezes superior a 60 horas de trabalho, além de coibir seu uso como “mão-de-obra barata” ou não remunerada de maneira desvinculada do caráter pedagógico;

**Fonte:** Elaboração Própria a partir de coleta de dados nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (1988-2010).