



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“A implementação da política de reorientação da formação em odontologia:  
dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA”***

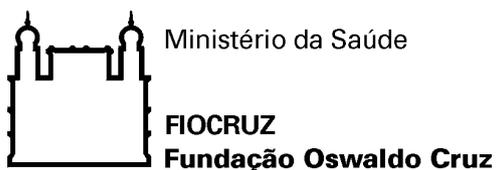
*por*

***Henrique Sant’Anna Dias***

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

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima  
Assistente de orientação: Prof.<sup>a</sup> Márcia Teixeira*

*Rio de Janeiro, março de 2011.*



*Esta dissertação, intitulada*

***“A implementação da política de reorientação da formação em odontologia:  
dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA”***

*apresentada por*

***Henrique Sant’Anna Dias***

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

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tania Celeste Matos Nunes

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Carsalade Martins

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima – Orientadora

*À minha família, em especial aos meus pais Antonio e Waldiva, por serem a razão da minha existência e de tudo que, a partir dela, eu pude realizar.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que seguiram confiando e acreditando nas minhas escolhas e tornando-as possíveis, seja afetiva ou materialmente. Esta obra é de vocês e para vocês.

À minha irmã, Cynthia, cada vez mais, o meu braço direito e o meu ombro amigo. E ao meu cunhado e amigo, Eric, e sua bela família.

Às minhas tias, tios, primos e primas, que, mesmo distantes, torcem, rezam e se disponibilizam a me apoiar e dar carinho. Tia Val (Dinda), Jr, tia Iêda, Celso, Leila, Tios Wagner e Del, Wilton, Sandra e Alice. Obrigado por tudo.

À Moema, companheira e amiga de muitos anos, que pacientemente abraçou a causa e soube compreender e conviver com a distância física, porém nunca afetiva, ao longo de 2009 e 2010. Agora em 2011, minha esposa, só resta dizer: obrigado e te amo.

Aos primos Helen, Felipe e o pequeno Pedro, pelo acolhimento na minha chegada ao Rio, e ainda antes, durante o processo de seleção do mestrado. A convivência diária com vocês é, sem dúvida, o maior presente que ganhei com a mudança para o Rio.

Aos grandes amigos que deixei em Salvador, mas que estão sempre presentes no coração. Obrigado pelo apoio e por estarem de braços abertos em todos os momentos, sejam bons ou ruins.

Às professoras, colegas de profissão e companheiras da Saúde Coletiva, Bel, Tininha, Tatiana Frederico e Sandra Garrido, fundamentais no meu processo de formação em odontologia e para as quais serei sempre grato pelo apoio e incentivo para a realização deste mestrado.

À Sílvia Reis, agradecerei sempre pela oportunidade em ter participado do Programa de Educação Tutorial na FO-UFBA, onde pude vivenciar e aprender muito sobre ensino, pesquisa e extensão. Este foi o ponto de partida para a minha trajetória acadêmica.

À Luciana, muito mais do que orientadora, um verdadeiro exemplo de competência e dedicação aos seus alunos. Muito obrigado pela confiança, oportunidade e carinho dispensados nesta trajetória, repleta de desafios.

Às queridas professoras Tatiana Vargas e Crisitani Machado, companheiras de sala de Luciana, e que também estiveram atentas ao meu trabalho, sugerindo importantes leituras

acerca do tema. Agradeço ainda pela oportunidade que tive em participar das atividades do grupo de leituras em metodologia de análise de políticas e do projeto de pesquisa no qual meu projeto se inseriu.

À Márcia, também muito mais do que orientadora, agradeço pela enorme atenção, a avaliação criteriosa do trabalho e as valiosas dicas que tanto enriqueceram e me direcionaram a compreender os mais variados conceitos deste campo de estudo.

Aos amigos da turma do mestrado, sem exceções, pelas conversas, debates, compartilhamento de materiais e ideais; pelas descobertas, pelo aprendizado e pelas horas de descontração na cidade maravilhosa.

Aos professores e funcionários da ENSP, sempre atenciosos e dispostos a nos ajudar.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da ENSP; e à SECA, pela atenção e preocupação em solucionar nossas questões de prazos, documentos, idas a eventos científicos etc.

A CAPES, pela bolsa de mestrado que me foi concedida e ao Edital Proex-CAPES pelo financiamento do trabalho de campo em Salvador.

Aos sujeitos da pesquisa, pelo rico material concedido por meio das entrevistas e dos documentos fornecidos. Muito obrigado pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

À Zeneide, pela grande contribuição com a transcrição das entrevistas, feita com muito rigor e preocupação.

À Tânia Celeste e Inês Carsalade, por terem aceitado carinhosamente o convite em compor tanto a banca de qualificação quanto a de defesa, me agraciando com a brilhante contribuição para o desenvolvimento do estudo.

Aos meus queridos colegas de trabalho na Representação Regional do Ministério da Cultura no Rio, Arlete, Janete e Paulo, que não mediram esforços para me incentivar na fase de conclusão desta dissertação.

Por fim, não posso deixar de mencionar, em tom de agradecimento, a importância do SUS como a maior fonte de inspiração deste trabalho, e para o qual pretendo sempre trabalhar e contribuir.

*Em minha opinião, os otimistas acreditam que esse mundo do aqui e agora é o melhor possível, enquanto os pessimistas suspeitam que os otimistas possam estar certos. Mas eu acredito [...] que é possível um mundo diferente do que o que temos agora. Então, talvez eu pertença à terceira categoria [...], a categoria dos “homens com esperança”.*

(Zygmunt Bauman)

## RESUMO

Este trabalho analisou o processo de implementação da Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, materializada pelo PRÓ-SAÚDE e pelo PET-SAÚDE, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, dentro do campo da Gestão da Educação na Saúde, especificamente no bojo das mudanças na graduação em saúde, no âmbito do SUS. A análise, realizada à luz da vertente histórica do neo-institucionalismo e do método de análise da política pública (fase de implementação), consistiu em um estudo de natureza qualitativa e caráter exploratório, no qual buscou-se compreender como os principais eixos norteadores da política – a integração ensino-serviço; a integralidade da atenção à saúde; e a reformulação do projeto político-pedagógico, são condicionados pelo contexto político-institucional local, as regras institucionais fornecidas e o conjunto de atores mobilizados (perfil e trajetória), enfatizando as relações intra e interinstitucionais, em especial com as secretarias e serviços de saúde. Realizou-se revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com atores envolvidos na implantação dos programas e/ou com informantes-chave que estiveram inseridos em políticas anteriores voltadas para mudanças na formação em saúde na Bahia. No cenário de fortalecimento das relações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a política em questão direciona a maior integração ensino-serviço; tende a mobilizar variados atores nos processos de formação em saúde, redefinindo seus papéis; contempla distintos espaços do SUS (CIES/CGR, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores) e se aproxima das políticas de saúde municipais e estaduais. A análise do período de 2005 a 2010 revelou significativa ampliação da política nacional, maior número de cursos contemplados e projetos aprovados e valorização das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na articulação com as IES, o seu papel na condução local das ações e gestão dos recursos financeiros. No curso de odontologia da UFBA, destacou-se a maior centralidade na integração ensino-serviço, em virtude da trajetória e experiência institucionais acumuladas. Observou-se avanços nas relações entre a UFBA e as instâncias de gestão local do SUS, com redefinição e valorização dos papéis destas instâncias e mudanças organizacionais, em um contexto local que expressa a perspectiva da ampliação (mais cursos e alunos participantes), amadurecimento (relações e diálogos estáveis) e continuidade (apropriação dos eixos norteadores presentes nas políticas anteriores).

**Palavras-chave:** Recursos humanos em odontologia/Educação; Ensino Superior; Políticas Públicas de Saúde; Integração docente-assistencial.

## ABSTRACT

This work has analyzed the Reorientation of Health Formation Federal Policy process, placed by PRÓ-SAÚDE and PET-SAÚDE, on Federal University of Bahia Dentistry Faculty, as an element of Education Management in Health scheme specifically that related to health under graduation changes for SUS. The analysis, performed considering historical new-institutionalism and public policy analysis method (implementation phase), consisted an qualitative and exploratory study aiming to comprehend how the main guiding principles of such policy – teaching and health services integration; integral health care and restructuration of pedagogical project – are conditioned by political-institutional local context, institutional rules available and involved political actors (profile and history), emphasizing internal and external institutional relations, specially with health management structures and health services. It was performed a bibliographic review, documental analysis and interviews with involved subjects and/or those who participated to previous policy process in state of Bahia. On a context of improvement of Health and Education Ministries, this policy is directed to improve more teaching and health services integration; it tends to involve various actors on health formation processes, redefining their roles; it predicts distinctive spaces on SUS (CIES/CGR, Health Councils and Intergovernmental Commissions); and it gets closer to local and state health policies. 2005 to 2010's analysis revealed significant expansion of national policy; more degree courses involved and approved projects, and applied value to local management health system together with universities, their role on managing local actions and financial resources. On UFBA's Dentistry Faculty case, it highlighted more attention to teaching and health services integration, related to history and accumulated experience of involved institutions. It was observed advances on relations among UFBA and health management local system structures redefining and improving their roles, as well as organizational changes, on a local context which expresses the expansion (increasing number of courses and students involved), maturation (estability of relations and dialogues) and continuity (ownership of the guiding principles found in previous policies).

**Keywords:** Dental Staff/Education; Higher Education; Health Public Policy; Teaching Care Integration Services.

## SUMÁRIO

<b>Lista De Gráficos, Tabelas, Quadros e Figuras .....</b>	<b>x</b>
<b>Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1 DESENHO DO ESTUDO .....</b>	<b>21</b>
1.1. Objetivos .....	21
1.2. Marco teórico-metodológico .....	21
1.3. Estratégias Metodológicas.....	27
1.4. Análise e interpretação dos dados .....	30
<b>2. ASPECTOS CONCEITUAIS ASSOCIADOS À POLÍTICA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE .....</b>	<b>32</b>
<b>3. A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.....</b>	<b>42</b>
3.1 Antecedentes .....	42
3.2 As iniciativas de reorientação da formação profissional em saúde no período de 2003 a 2004 .....	46
3.3. O período recente da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (2005-2010) .....	49
<b>4. TRAJETÓRIA, CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL E ATORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA .....</b>	<b>65</b>
4.1 As experiências pretéritas de reforma curricular e de integração ensino-serviço de 1970 a 1990.....	65
4.2 Contexto e atores mobilizados na implementação do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE .....	71
4.3 Considerações acerca dos mercados de trabalho e educativo em odontologia na Bahia ..	87
<b>5. PRINCIPAIS ASPECTOS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-SAÚDE E DO PET-SAÚDE NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA .....</b>	<b>94</b>
<b>6. BALANÇO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NA UFBA E NA FO-UFBA.....</b>	<b>106</b>
6.1. Principais resultados e mudanças organizacionais ocorridos.....	106
6.2. Dependência de trajetória, feedbacks e estímulos institucionais expressos na implementação da política .....	109
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>129</b>

## LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

### **GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Evolução do número de portarias editadas no âmbito do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE. Brasil, 2005 a 2010.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da oferta de vagas nos cursos de odontologia do Estado da Bahia, 2011.

Gráfico 3 - Distribuição percentual das vagas entre IES públicas e privadas no Estado da Bahia, 2011.

Gráfico 4 - Evolução do número de concluintes em odontologia no Estado da Bahia, 2003 a 2008.

Gráfico 5 - Participação das IES públicas e privadas no total de concluintes em odontologia no Estado da Bahia, 2005 a 2008.

Gráfico 6 - Distribuição de cirurgiões-dentistas cadastrados no CROBA por especialidades. Bahia e Salvador, janeiro 2011.

Gráfico 7 - Distribuição percentual dos postos de trabalho em odontologia, segundo esfera administrativa, Bahia, 2005.

Gráfico 8 - Distribuição percentual dos postos de trabalho em odontologia, segundo esfera administrativa, Salvador, 2005.

### **TABELAS**

Tabela 1 - Número de cursos e projetos contemplados, IES e Secretarias de Saúde envolvidas e total de recursos empregados nas duas edições do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. Brasil, 2010.

Tabela 2 - Número de projetos contemplados, grupos PET constituídos, IES e Secretarias de Saúde envolvidas, bolsas concedidas e participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Brasil, 2010.

## **QUADROS**

Quadro 1 - Quadro-síntese: dimensões de análise e subsídios à construção de categorias analíticas.

Quadro 2 - Eixos de desenvolvimento e respectivos vetores específicos de referência do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, edições I e II.

Quadro 3 - PRÓ-SAÚDE I e II e PET-SAÚDE: características e operacionalização.

Quadro 4 - Aspectos referentes ao desenho da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, no âmbito do SUS, em dois momentos distintos. Brasil, 2005 – 2010.

Quadro 5 - Quadro-resumo da situação da Faculdade de Odontologia da UFBA, segundo eixos e vetores específicos do PRÓ-SAÚDE II, 2008

Quadro 6 - Nomes, inserção profissional e perfil dos atores entrevistados

## **FIGURA**

Figura 1 - Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, década de 1990 e anos 2000.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino,  
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica  
ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem  
ABENFAR - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico  
ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia  
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico  
ABEP – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia  
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABO – Associação Brasileira de Odontologia  
ACC – Atividade Curricular em Comunidade  
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
AMB – Associação Médica Brasileira  
AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária  
ANDES-SN - Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior – Sindicato Nacional  
ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior  
CAP – Central de Atendimento ao Paciente  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior  
CDRH – Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
CENDRHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
CEP/ENSP – Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CETRE – Centro de Treinamento  
CF – Constituição Federal  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CFO – Conselho Federal de Odontologia  
CGL – Comitê Gestor Local  
CGR – Colegiado de Gestão Regional  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIES – Comissão de Integração Ensino- Serviço  
CIET - Coordenação de Integração Ensino-Trabalho  
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
CISE – Comissão de Integração Saúde-Ensino  
CME – Central de Material Estéril  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CNSA – Conferência Nacional de Saúde  
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal  
CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem-  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde -  
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
CROBA – Conselho Regional de Odontologia da Bahia  
CRUB – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DECS – Descritores em Ciências da Saúde  
DEGERTS – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde  
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina  
DNEO – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia  
DGTES – Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
EAD – Ensino a Distância  
EESP-BA – Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia  
E-MEC - Sistema de Regulação do Ensino Superior do Ministério da Educação  
ENEEnf – Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem  
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz  
FAMEB – Faculdade de Medicina da Bahia  
FCCV – Fórum Comunitário de Combate a Violência

FABESB - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia  
FESBA – Fundo Estadual de Saúde da Bahia  
FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FO-UFBA – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICS/UFBA – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia  
IDA – Programa de Integração Docente Assistencial  
IES – Instituições de Ensino Superior  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
ISC/UFBA – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia  
LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
MEC – Ministério da Educação  
NDRHU - Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
NEPOS – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Odontologia Social  
OPAS – Organização Panamericana da Saúde  
PCCV – Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos  
PDE/MEC - Plano de Desenvolvimento da Educação do Ministério da Educação  
PEC – Programa de Extensão de Cobertura  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
PPP – Projeto Político-Pedagógico  
PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  
PROFAPS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde  
PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas  
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RENETO – Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional  
REUNI – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais  
SAS – Secretaria de Atenção a Saúde  
SBFa – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  
SIG-PET-SAÚDE – Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SILOS – Sistemas Locais de Saúde  
SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
SISB – Sistema de Informações em Saúde Bucal  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUPERH – Superintendência de Recursos Humanos  
SUS – Sistema Único de Saúde  
THD – Técnico em Higiene Dental  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UNI – Uma Nova Iniciativa  
USF – Unidade de Saúde da Família  
VER-SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde  
VS – Vigilância em Saúde

## INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde esteve e talvez ainda mantenha-se centrada na lógica da atenção hospitalar, de intensa especialização, fortemente individualista e curativista, fruto do “ideal científico da educação”, expresso no Relatório Flexner, nos Estados Unidos, em 1910<sup>1</sup>. No Brasil, as características flexnerianas inspiraram os currículos dos cursos de graduação em saúde, implicando na formação de profissionais com perfil “fundamentalmente biológico e mecanicista”, obstinado pela cura de doenças e devoto da alta tecnologia<sup>2</sup>.

O Relatório Gies, de 1926, foi o correspondente do Flexner para a odontologia, sendo base inspiradora da constituição dos currículos no ensino odontológico brasileiro. Dessa forma, o processo de formação do cirurgião-dentista se expressa de modo hegemônico na atenção privatista e individual, centrada na cura das afecções bucais, por meio do tecnicismo.

Historicamente, a temática da formação de recursos humanos em saúde compõe, ainda que em um processo inconstante, os espaços de construção das políticas de saúde no Brasil. A preocupação com as limitações do ensino em saúde, com repercussão na construção de um perfil profissional voltado às demandas da população, também se logrou evidente na conformação do arcabouço do SUS pelo Movimento da Reforma Sanitária, instituído na Constituição Federal (CF) de 1988. Esta problemática manteve-se presente tanto nas conferências nacionais de saúde quanto nas conferências nacionais de recursos humanos em saúde ao longo dos anos, bem como nos textos referentes à legislação do SUS (Lei Orgânica da Saúde 8.080/90) e suas bases normativas.

Na odontologia, a inserção profissional no setor público de saúde, e mais recentemente, já no âmbito do SUS, através da Estratégia Saúde da Família, implicou preocupações quanto ao perfil dos odontólogos diante dos novos cenários de prática profissional. Assim como ocorreu para o setor saúde em geral, as conferências nacionais de saúde bucal (CNSB), realizadas nos anos de 1986, 1992 e 2004 converteram-se em espaços de discussão acerca da formação superior em odontologia. A 3ª CNSB (2004) destacou a continuidade dos problemas na formação dos dentistas em relação às necessidades “*socioepidemiológicas*” da população<sup>3</sup>. Foi ainda em 2004 que se instituiu no Brasil a Política Nacional de Saúde Bucal que, por meio de suas diretrizes, também contemplou as questões referentes a este tema.

Na área da Educação, muito tem sido discutido acerca do papel das instituições formadoras nas profissões de saúde, buscando a reestruturação dos currículos e dos processos de ensino-

aprendizagem, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2002, para o curso de graduação em odontologia.

A partir do exposto, este trabalho tem como tema principal a reorientação da formação superior em odontologia, inserida no campo da Gestão da Educação na Saúde, através das iniciativas que visam mudanças na graduação em saúde, no âmbito do SUS. As políticas federais em torno da formação profissional em saúde tomaram novo fôlego a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), momento em que se institucionalizou a aproximação estratégica entre os Ministérios da Saúde e da Educação. As justificativas para o desenvolvimento do estudo se fundamentam nos seguintes aspectos, dentre outros:

- ◆ Apesar do conhecimento das inadequações do perfil profissional em odontologia para o SUS, e da concepção de iniciativas com vistas à reestruturação na formação em saúde, permanece a necessidade de uma mudança significativa nas características do perfil do profissional, ainda formado numa lógica de mercado privatista, centrado na cura e dissociado do contexto social e da realidade de saúde da população.
- ◆ Apenas recentemente tem ocorrido a aproximação da estrutura educacional com as políticas de saúde, a despeito do disposto no artigo 200 da CF de 1988 que atribui ao SUS o ordenamento da formação dos recursos humanos para a saúde. Tal fato impõe muitos desafios aos problemas complexificados ao longo dos anos.
- ◆ A odontologia experienciou forte expansão no número de cursos de graduação nos últimos anos, o que não veio acompanhado de melhorias nas condições de saúde bucal da população brasileira.

Pretende-se discutir o processo de formação profissional em odontologia, a partir da implantação das propostas concebidas no interior da Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, materializada, no período atual, pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), criado em 2005 e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído em 2007. Estas duas iniciativas compreendem o objeto de investigação desta dissertação, delimitado pelo entendimento de formação profissional em saúde como a formação dos profissionais de nível superior na área da saúde.

A implementação dos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE centraliza-se na **integração ensino-serviço**, com vistas à evidenciação dos serviços de saúde enquanto cenários de práticas, em prol da aproximação do mundo acadêmico com a realidade do sistema público de saúde. Estas iniciativas preconizam a centralidade na atenção básica, tendo o conceito de **integralidade em saúde** como eixo reorientador das práticas no processo de formação profissional para o SUS.

A **reformulação do projeto político-pedagógico (PPP)** dos cursos de graduação também destaca-se como eixo nuclear para implementação da política, em especial no que concerne à implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação da área da saúde. Todos estes aspectos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde vêm sendo amadurecidos no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com diretrizes instituídas no ano de 2004, e reformuladas em 2007.

A partir da elucidação destes três eixos da política – integração ensino-serviço, integralidade da atenção à saúde e reformulação do projeto político-pedagógico – orientando a atual implementação dos programas nas instituições de ensino, são formuladas algumas questões norteadoras deste estudo: Quem são os atores e instituições envolvidas e como eles compreendem os eixos que informam a política? Como e com quais elementos se procede a adesão institucional à política? Quais os aspectos facilitadores e obstáculos do processo de implementação? Quais as contribuições e como se articulam os atores e as instituições mobilizadas? Quais os seus interesses, estratégias, comprometimento e participação nos processos de mudança?

Nesse sentido, este estudo propôs compreender como o processo de implementação da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde tem sido conduzido nas instituições de ensino superior, nas suas relações intra e interinstitucionais, em especial, com as secretarias de saúde e os serviços de saúde, seus diferentes atores e regras institucionais. Para isso elege como caso a implantação dos projetos do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialmente no contexto do curso de odontologia. Busca-se, por meio da análise de uma experiência concreta, explorar as relações entre “o particular e o geral”, levantando questões acerca dos limites e possibilidades da implantação dessa política.

A escolha do caso se justifica primeiramente pelo fato da UFBA apresentar projetos para a implementação de ambos os programas, nos quais o curso de odontologia está envolvido, seguida da contribuição das experiências do pesquisador enquanto egresso do curso de graduação em odontologia desta instituição. Considera-se ainda, a própria trajetória da faculdade e do curso de odontologia da UFBA, com fundação no ano de 1884, totalizando 126 anos de funcionamento, marcada pela inserção em diversas iniciativas reformuladoras dos currículos e de reestruturação do projeto pedagógico do curso. Tal fato respalda-se pela própria história da Universidade Federal da Bahia, uma instituição complexa, das mais antigas do Brasil e de tradição no cenário da educação brasileira. Parte-se do pressuposto de que as características institucionais podem trazer elementos importantes no que se refere à “dependência de trajetória”<sup>4</sup>, que condiciona a implantação local da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Esta pesquisa insere-se como parte das atividades do grupo de pesquisa intitulado “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde”, da ENSP/FIOCRUZ, dentro da linha de pesquisa “Formulação e Implementação de Políticas Públicas e Saúde”. Buscou-se ainda, contribuir com o Projeto de Pesquisa: “A política de saúde no Governo Lula: continuidades e mudanças na condução nacional do Sistema Único de Saúde”, sob coordenação da pesquisadora Cristiani Vieira Machado (ENSP/FIOCRUZ), e do qual me incluo como membro da equipe de pesquisa, juntamente com as orientadoras deste trabalho.

Na seqüência deste texto introdutório, no qual estão apresentados o problema e o objeto de investigação dessa pesquisa, suas justificativas e as questões norteadoras, a dissertação estrutura-se em sete capítulos. O primeiro aborda o desenho do estudo, apresentando seus objetivos, o marco teórico-metodológico, as estratégias metodológicas adotadas e o procedimento de análise e interpretação dos dados. O capítulo 2 compreende a revisão dos principais conceitos que fundamentam os eixos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, e o capítulo 3 aborda a trajetória da política, apontando seus antecedentes, as primeiras iniciativas e a sua fase atual.

Os capítulos 4, 5 e 6 apresentam os resultados empíricos do caso estudado, primeiramente abordando a trajetória institucional pregressa, o contexto político-institucional vigente e o conjunto de atores mobilizados (capítulo 4). Em seguida, traz, no capítulo 5, os principais aspectos da implementação dos programas, tais como os mecanismos de diálogo, as relações intra e interinstitucionais, bem como os obstáculos e elementos facilitadores da adesão

institucional à política. Já o capítulo 6, compreende um balanço do processo de implementação da política na UFBA/FO-UFBA, sugerindo avanços, mudanças organizacionais e resultados, numa perspectiva de aproximação com os elementos da dinâmica institucional. As considerações finais acerca do desenvolvimento do trabalho estão expressas no capítulo 7.

# **1 DESENHO DO ESTUDO**

## **1.1. Objetivos**

### Objetivo Geral

- ◆ Analisar o processo de implementação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

### Objetivos específicos

- ◆ Mapear o conjunto de atores, regras político-institucionais e o contexto socio-político-econômico que conformam a política de reorientação da formação profissional em saúde no curso de odontologia da UFBA.
- ◆ Analisar como os eixos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde têm sido apreendidos pelos atores envolvidos na implementação do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE no curso de graduação em odontologia da UFBA (dirigentes e docentes da UFBA, gestores do SUS e profissionais de saúde).
- ◆ Identificar os elementos facilitadores e obstáculos apresentados no contexto de diálogo entre os atores envolvidos no processo, na Faculdade de Odontologia da UFBA, nas secretarias municipal e estadual e nos serviços inseridos como cenários de práticas dos programas.
- ◆ Discutir o comprometimento dos diversos atores institucionais na negociação e adesão às diretrizes da política nacional e na construção do projeto político-pedagógico do curso de odontologia da Faculdade de Odontologia da UFBA, e as mudanças organizacionais decorrentes da implantação.

## **1.2. Marco teórico-metodológico**

Os eixos levantados como norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde – integração ensino serviço, integralidade da atenção à saúde e

reformulação do projeto político-pedagógico –, expressos no PRÓ-SAÚDE e no PET-SAÚDE, configuram-se neste estudo como dimensões a serem analisadas no processo de reformulação do curso de graduação em odontologia da UFBA. Importante lembrar que o conceito de Educação Permanente apresenta-se transversalmente a estes eixos.

A análise desenvolveu-se com foco nas instituições envolvidas na implementação da política, procurando-se mapear o conjunto de atores envolvidos, suas regras político-institucionais e o contexto socio-político-econômico em que estas se inserem. Esses aspectos constituem-se como fatores condicionantes do modo como as instituições operam e as políticas são implementadas. Buscou-se fundamentar a escolha e análise desses fatores a partir dos principais aspectos da corrente do neo-institucionalismo em sua vertente histórica e, adicionalmente, por meio dos elementos que conformam a fase de implementação enunciados pela literatura de análise da política pública.

O neo-institucionalismo é uma corrente das Ciências Sociais que destaca a importância e o papel central das instituições nos processos políticos e sociais<sup>5</sup>. Apesar do termo sugerir uma origem no antigo institucionalismo da Ciência Política, o neo-institucionalismo tem os seus posicionamentos mais apoiados em autores como Marx, Weber e Polanyi. Isto representa uma “rejeição aos modelos de análise estáticos” do antigo institucionalismo e o configura como um modelo de análise com bases teóricas e epistemológicas distintas, incorporando “as particularidades específicas de cada situação histórica [...]”<sup>5</sup>.

Duas grandes correntes são destacadas do interior do neo-institucionalismo, cada uma proveniente de “pontos de partida bem distintos”. A primeira refere-se ao institucionalismo da escolha racional, e a segunda diz respeito ao institucionalismo histórico, principal base para este estudo. A diferença entre elas é que, no enfoque histórico, além da compreensão de que as instituições são estruturantes e alteram as estratégias dos seus atores (enfoque da escolha racional), considera-se que estas condicionam as preferências dos atores, sendo endógenas ao processo decisório. Assim, as instituições não são apenas uma variável externa do processo social<sup>5</sup>. Pode-se citar, ainda, a corrente sociológica do enfoque neo-institucionalista, da qual se depreende que as formas e procedimentos institucionais são também considerados práticas culturais constituídas dos “sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais” inerentes à “ação humana”. Nesse sentido, vale dizer que há uma proximidade entre os enfoques sociológico e histórico, uma vez que este último considera o conjunto de “idéias e crenças” como fator adicional ao papel das instituições influenciando a vida política<sup>6</sup>.

O institucionalismo histórico define a instituição como um conjunto de “procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas”, como parte da comunidade política. Dentro deste enfoque teórico, a relação entre as instituições e os indivíduos é conceituada de forma superficial e o seu desenvolvimento é marcado pelas assimetrias de poder, com privilégio das “trajetórias, as situações críticas e as conseqüências imprevistas”<sup>6</sup>. O conjunto de atores, interesses, estratégias e a distribuição de poder estão colocados em contexto, a partir do qual se evidencia as relações entre os atores e a maneira como se estruturam as “situações políticas”, concebendo as normas e regras segundo as quais as instituições determinam os resultados políticos<sup>7</sup>.

Segundo Marques<sup>5</sup>, o objetivo central do institucionalismo histórico está na construção de uma teoria de médio alcance, a partir de análises entre o Estado e a sociedade, contrapondo-se a teorias de cunho mais geral, como o marxismo, o funcionalismo e a teoria sistêmica. As “grandes estruturas” são mediadas pelas instituições, conformando-se em “novas formas históricas específicas”. Thelen e Steinmo<sup>7</sup> chamam a atenção que, diferentemente do que ocorre com o enfoque da escolha racional, o institucionalismo histórico desenvolve suas hipóteses de maneira mais indutiva (dada a ausência de conceitos universalmente aplicáveis), no decorrer da interpretação do material empírico coletado.

Marques<sup>5</sup> fala em dois pontos de discussão sobre a influência das instituições na sociedade. Um deles diz respeito à “autonomia e o poder dos atores estatais”, e o outro se refere à “influência das instituições enquadrando a esfera política”. Dentro desta segunda perspectiva, as instituições não seriam centrais no estudo da política apenas por ser o Estado, ator e autor de ações específicas, mas porque a influência das instituições se apresenta de formas diversas, não sendo estas consideradas apenas arenas políticas, e sim, atores inseridos no processo político, responsáveis pelo “conjunto de estruturas e procedimentos” a partir do qual “definem e defendem interesses” (Powell & DiMaggio *apud* Menicucci<sup>8</sup>).

As formas de influência das instituições podem ser expressas sob três perspectivas: a primeira trata de como as instituições afetam o comportamento humano na medida em que incidem “nas expectativas de um ator dado” em relação às ações realizadas por outros atores. Esta influência decorre do fornecimento de “modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação”. Um segundo aspecto diz respeito à ênfase dada às relações assimétricas de poder, ou seja, a distribuição de poder entre os grupos sociais é realizada de forma desigual pelas instituições, conferindo “acesso desproporcional ao processo de

decisão”. A terceira perspectiva considera as influências institucionais vinculadas ao desenvolvimento histórico, estando dependentes da “trajetória percorrida” (path dependence). As mudanças são concebidas a partir de um contexto local próprio, dentro de um processo histórico, que implica a construção de novos trajetos<sup>6</sup>.

O argumento da dependência de trajetória (path dependence) apresenta-se como um conceito-chave para o entendimento de como as políticas (e/ou instituições) influenciam os processos políticos e as políticas posteriores, sendo relevante proceder a constituição/recuperação dos processos históricos articulados com o “contexto institucional vigente” e “o processo decisório”<sup>8</sup>. A noção de que as instituições são *path dependent* significa pôr em evidência que uma vez iniciada uma dada trajetória, arranjos institucionais se estabelecem, diminuindo a possibilidade de reversão das escolhas inicialmente feitas (Levi *apud* Pierson<sup>4</sup>). A dependência de trajetória envolve o conceito de *feedback positivo* que se caracteriza como um aspecto crucial dos processos históricos, trazendo a idéia da “história como um processo marcadamente irreversível” e de desenvolvimento de trajetórias que são dificilmente revertidas em virtude dos legados adquiridos (Arthur; David; Hacker *apud* Pierson<sup>4</sup>).

Em síntese, tomando-se por base os argumentos de *path dependence*, os efeitos de *feedback positivo* e os demais aspectos do enfoque histórico do neo-institucionalismo, compreende-se que as instituições ofertam um conjunto de regras e normas, recursos políticos, econômicos e incentivos aos atores políticos, viabilizando a constituição/valorização de grupos institucionais que têm os seus caminhos e “padrões de comportamento” moldados pelas instituições, num ambiente de distribuição assimétrica de poder. Entende-se, dessa forma, que “as políticas definidas em um momento no tempo estruturam o processo de tomada de decisão e criam fortes coalizões de suporte que efetivamente protegem os arranjos institucionais estabelecidos, tendo efeitos de *feedback* no processo político”<sup>8</sup>

Este estudo também se apropria do método de análise de políticas, particularmente no que diz respeito à fase de implementação. Viana e Baptista<sup>9</sup> discutem este método analítico apresentando o ciclo da política, atualmente constituído de cinco fases que compõem um processo dinâmico em que todas elas comunicam-se entre si. O ciclo inicia-se com a entrada de um problema na agenda, seguida pelas fases de formulação de alternativas e tomada de decisão. A fase de implementação da política caracteriza-se pelo momento de “pôr uma solução em andamento”, e é sucedida pela fase de avaliação.

A implementação da política ultrapassa questões apenas da ordem administrativa, envolvendo questões estratégicas, políticas e a participação de diversos atores. É uma etapa de intensa negociação, na qual se colocam a sustentabilidade de “pactos estabelecidos” e os conflitos de interesses entre os agentes implementadores. Viana e Baptista<sup>9</sup> chamam a atenção para o fato de que, normalmente, os implementadores da política não têm participação no momento de formulação, portanto, suas respostas (“aceitação, neutralidade ou rejeição”) dependem de como eles compreendem a política, suas fases, as mudanças decorrentes da implantação e as relações entre formuladores e implementadores.

Um estudo de implementação ganha destaque na medida em que se faz necessário compreender a maior capacidade que os governos apresentam para “fazer a legislação” (fase de formulação) do que para “efetuar as mudanças desejadas”, tendo em vista as relações existentes entre os processos de formulação e implementação. Os pactos políticos, o processo de negociação, a conformação do desenho da política e a compreensão do contexto de execução da política são elementos da fase de formulação que irão determinar o aparecimento de problemas no momento da implementação, que também podem ser ocasionados por circunstâncias externas e de pouco controle pelos formuladores e implementadores<sup>9,10</sup>

Outro ponto importante dos estudos de implementação é o fato de ser esta uma fase em “que se descobre a real potencialidade de uma política”, com o estabelecimento de “novos pactos” e “novos atores”, deflagrando “um novo processo decisório, uma nova formulação da política” esquadrihada para pôr em prática a política inicialmente formulada. Nesse sentido, a análise do processo de implementação deve compreender, dentre outros aspectos, a elucidação dos “objetivos, metas e direção da política”, a consideração dos recursos necessários, a definição das estratégias de implementação, a perspectiva de mudanças organizacionais e a aceitabilidade e compreensão dos atores mobilizados<sup>9</sup>.

Hogwood e Gunn<sup>10</sup> apresentam quatro enfoques da implementação na busca por melhor compreensão e efetividade do processo. São eles: (1) o *estrutural*, que aponta a importância de que os desenhos da política e da organização<sup>1</sup> devam ser considerados juntos, enfatizando os diferentes tipos de tarefas “organizacionais e ambientais” em relação às diferentes estruturas da organização, na perspectiva de que deve haver um “planejamento da mudança”

---

<sup>1</sup> Embora o conceito de instituição seja mais amplo para os neo-institucionalistas, neste estudo, não se buscou diferenciar os termos instituição e organização, sendo, por vezes, utilizados como sinônimos.

ou o “planejamento para a mudança”; (2) o *de procedimento e gerencial*, que implica na incorporação de procedimentos gerenciais, por meio de técnicas apropriadas, principalmente aquelas que estabeleçam tarefas segundo as quais “os projetos podem ser planejados e a implementação controlada”, ainda que em um contexto de incerteza; (3) o *comportamental*, segundo o qual os efeitos organizacionais da implementação de uma política estão relacionados com a “conduta humana e atitudes” de grupos de atores envolvidos no processo em que se prevê desde a “aceitação ativa” até a “resistência ativa” às mudanças; e, por fim, (4) o *político*, que evidencia a necessidade de se levar em conta os “padrões de poder e influência entre e dentro das organizações”, estando a implementação da política dependente da conformação, vontades e interesses dos atores ou coalizões institucionais.

A partir do referencial do institucionalismo histórico e seus argumentos correlatos, e do método de análise da política pública (elementos constituintes da fase de implementação do ciclo da política), foram selecionadas algumas categorias de análise para cada dimensão proposta (eixos norteadores da política), apresentados no quadro-síntese a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro-síntese: dimensões de análise e categorias analíticas

Dimensões de análise (referenciais)		Categorias analíticas
Educação Permanente em Saúde	Integração ensino-serviço	<p>Perfil dos atores institucionais, suas trajetórias profissionais, formação e inserção: conhecimento, aceitabilidade, comprometimento e adesão às diretrizes</p> <p>Inserção da FO-UFBA no contexto político-econômico local, suas formas de organização interna, trajetória e importância na atenção em saúde bucal para o SUS</p> <p>Mecanismos de diálogo desenvolvidos entre a FO-UFBA, gestores e os serviços de saúde</p> <p>Papel dos gestores municipal e estadual, e dos diferentes serviços de saúde no fomento à política e na construção dos projetos reorientadores da formação</p> <p>Mudanças organizacionais</p>
	Integralidade da atenção à saúde	<p>Estruturação do curso de odontologia da FO-UFBA, mudanças curriculares, o papel da clínica e da atenção básica dentro do projeto de integralidade</p> <p>Compreensão dos atores acerca da integralidade</p>
	Reformulação do Projeto Político-Pedagógico	<p>Papéis, influências e interesses dos atores institucionais nesta construção</p> <p>Grau de representação dos distintos espaços institucionais: elos comunicativos, divergências e convergências</p>

Fonte: Elaboração própria, outubro de 2009

### 1.3. Estratégias Metodológicas

Este trabalho consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa e de caráter exploratório, desenvolvida por meio do estudo do caso de implementação dos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. As estratégias metodológicas adotadas compreenderam a ampla revisão bibliográfica em torno do tema da formação profissional em saúde, a análise documental e entrevistas semi-estruturadas com os atores envolvidos no processo de implementação do caso em questão.

O método do estudo de caso como estratégia da pesquisa social, de acordo com Yin<sup>11</sup>, provém do “desejo de se compreender fenômenos sociais complexos” e seu uso tem sido comum por diversas áreas do conhecimento. O autor coloca que, com o estudo de caso, é possível preservar aspectos importantes provenientes da vida real.

A opção pelo método do estudo de caso deve ser feita quando as perguntas investigativas incluem “como” e “por que”, e quando partimos para analisar acontecimentos contemporâneos sobre os quais não há, ou há pouco controle do pesquisador. O diferencial deste método de pesquisa está na capacidade de acesso a uma ampla variedade de evidências: “documentos, artefatos, entrevistas e observações [...]”<sup>11</sup>.

O estudo de caso tem importante função na pesquisa de avaliação. O método contribui, dentre outras maneiras, na explicação de relações causais em “intervenções da vida real”, na descrição de uma intervenção e o seu contexto de ocorrência, e, por fim, na exploração de situações onde “a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados”<sup>11</sup>.

A revisão bibliográfica buscou discutir princípios e valores dos processos de formação profissional e ensino em saúde, correlacionados com os eixos norteadores da política. A busca do material bibliográfico foi realizada em bancos de citações, como o Lilacs, Medline, acervos institucionais de teses e livros, monografias etc, e em bases de texto completo, a citar: Scielo, Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, dentre outras. Os descritores utilizados foram: Recursos Humanos em Saúde, Educação Superior, Formação em Saúde, Recursos humanos em Odontologia, Formação de recursos humanos, Política de Educação Superior e Políticas Públicas de Saúde. Todos eles em concordância com o disposto no DECS – Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Além da revisão conceitual que viabilizou o capítulo 2, que trata das bases conceituais da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, realizaram-se buscas por estudos que tratassem de iniciativas prévias de mudanças na formação superior em saúde, com o objetivo de compor o período antecedente à política atual, expresso no capítulo 3.

A análise documental compreendeu dois momentos distintos. O primeiro referiu-se ao levantamento do marco legal e normativo da política nacional de reformulação da formação profissional em saúde, com o intuito de construir a sua trajetória, a partir do ano de 2003. Foram analisadas as portarias que instituíram os programas, editais de seleção de propostas, manuais, textos de apoio, relatórios técnicos e documentos contendo as diretrizes de implantação dos projetos. Além do texto das diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde e demais publicações concernentes à temática, principalmente aquelas editadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e pelo Ministério da Educação (MEC), principalmente a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) e das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (2002).

O segundo momento de análise de documentos referiu-se à implementação da política no curso de odontologia da UFBA, tendo sido realizado concomitantemente às entrevistas e ao mapeamento dos atores, compreendidos na fase de trabalho de campo, ocorrida no período de maio a setembro de 2010 na cidade de Salvador, Bahia.

O levantamento e a análise documental relativos ao caso em estudo englobaram a busca por documentos provenientes das distintas instituições envolvidas. Da UFBA e da Faculdade de Odontologia, analisou-se os projetos institucionais do PRÓ-SAÚDE II (incluindo o subprojeto do curso de odontologia), relatórios de atividades e avaliação dos programas, sínteses de oficinas realizadas na instituição referentes aos programas; as matrizes curriculares e os projetos político-pedagógicos (PPP) do curso de odontologia da FO-UFBA (anteriores, PPP vigente e a proposta em discussão), e demais documentos de relevância para o estudo. Das gestões estadual e municipal, foram consultados os relatórios de gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, os Planos Estaduais e Municipais de Saúde e textos e relatórios de oficinas realizadas pelas secretarias.

As entrevistas envolveram os distintos atores do processo de implementação dos dois programas na UFBA – membros da coordenação local de implementação das propostas, docentes e dirigentes institucionais, como por exemplo, diretores das unidades de ensino da UFBA envolvidas na implantação da política, membros da reitoria e do colegiado do curso de odontologia. No âmbito da gestão estadual e municipal, foram entrevistados os dirigentes das respectivas secretarias de saúde envolvidos no processo decisório da política e profissionais dos serviços de saúde com funções de preceptoría, além de gerentes de unidades de saúde receptoras de alunos participantes dos programas. Foram também realizadas entrevistas com alguns informantes-chave, que estiveram inseridos nas experiências anteriores de reformulação curricular e propostas de integração ensino-serviço na UFBA e na Bahia. O mapeamento dos atores envolvidos no caso estudado iniciou-se através de um levantamento prévio dos atores mais diretamente envolvidos com o processo de implementação na Faculdade de Odontologia da UFBA, e se prolongou no decorrer da fase de trabalho de campo, na medida em que os primeiros atores entrevistados indicavam outros informantes-chave para a análise<sup>II</sup>.

Foram realizadas 24 entrevistas com o auxílio de um roteiro semi-estruturado, organizado em três blocos de perguntas, de modo a sistematizar as informações obtidas para posterior análise. Um modelo deste roteiro encontra-se disponível na seção de Apêndices (apêndice B) desta dissertação. A fala concedida pelos atores foi ainda gravada mediante autorização dos mesmos. A todos os entrevistados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), cujo conteúdo informava a justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa, assegurando-lhes o direito de recusa de participação e de sigilo das informações fornecidas. Um quadro com a lista dos nomes dos entrevistados, inserção e breve perfil profissional encontra-se na seção de anexos desta dissertação (Anexo 1 - Quadro 5).

Foram ainda cotejados alguns dados secundários extraídos do Sistema de Informações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), do DATASUS e do Sistema de Regulação do

---

<sup>II</sup> Importante destacar a realização de algumas conversas informais de importância para o mapeamento dos atores a serem entrevistados, bem como para o esclarecimento de questões relacionadas a trajetória histórica das políticas de reorientação da formação profissional em saúde na UFBA. Participou destas conversas, por exemplo, a Dr<sup>a</sup> Tânia Celeste Matos Nunes, que atuou como diretora do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU) da SESAB, no início dos anos 1980.

Ensino Superior do Ministério da Educação (e-MEC) <sup>III</sup>, além de informações constantes em estudos sobre o perfil do cirurgião-dentista e da odontologia no Brasil, para a caracterização do mercado de trabalho atual e a educação superior em odontologia no Estado da Bahia e no município de Salvador.

O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), segundo a Resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, e dos direitos e deveres da comunidade científica, do sujeito da pesquisa e do Estado, por meio dos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça<sup>12</sup>. O CEP/ENSP emitiu parecer de aprovação do trabalho sob o nº CAAE 0001.0.031.000-10, no dia 10 de fevereiro de 2010.

#### **1.4. Análise e interpretação dos dados**

Após a finalização das atividades de campo, as entrevistas gravadas foram transcritas, revisadas e impressas de modo a viabilizar a análise do conteúdo, norteadas pelos elementos da metodologia de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin<sup>13</sup>.

De acordo com Bardin<sup>13</sup>, a análise de conteúdo compreende um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, cujo campo de aplicação é bastante diverso e que, grosso modo, engloba qualquer comunicação ou “qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor controlado ou não por este”. O uso das técnicas de análise de conteúdo se expressa, por sua “função heurística”, no enriquecimento da pesquisa exploratória, incrementando “a propensão para a descoberta”, numa perspectiva de “análise de conteúdo para ver o que dá”. Diante do amplo escopo de aplicação deste método, as entrevistas e demais espécies de conversa são considerados domínios caracterizados por uma “comunicação dual” de “código lingüístico” e “suporte oral”.

Em linhas gerais, a autora propõe três fases inerentes ao procedimento de análise de conteúdo. O primeiro passo do método compreende “a descrição analítica” que “funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Consiste na etapa de “tratamento” do texto, enumerando as suas características decorrentes da eleição

---

<sup>III</sup> Foram utilizados apenas os dados de livre acesso nas páginas eletrônicas dos respectivos sistemas de informação.

das “categorias de fragmentação da comunicação”; “é o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem”<sup>13</sup>.

Estes elementos constituem-se como “indicadores” ou “índices” que, por sua vez, tornam-se objetos da etapa intermediária da técnica de análise de conteúdo, denominada de etapa inferencial. É neste momento que se procedem as deduções lógicas (inferências) de “conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo”, a partir “do tratamento das mensagens manipuladas” (1ª fase). Esta segunda fase caracteriza-se por ser o elo entre a fase descritiva e a etapa interpretativa, que consiste nos esforços para conceder significação às características (categorias) enumeradas das mensagens<sup>13</sup>.

A análise do conteúdo das entrevistas desta pesquisa norteou-se por essa descrição superficial do método elucidado por Bardin<sup>IV</sup> <sup>13</sup>, assim resumido nas seguintes etapas:

1. Descrição analítica (enumeração das características, tratamento e categorias/índices/indicadores);
2. Inferência (dedução lógica e fundamentada dos indicadores selecionados das mensagens/texto das entrevistas);
3. Esforço interpretativo, tendo como finalidade a significação das categorias/características.

Os resultados estão apresentados nos capítulos 2 e 3, fruto da revisão conceitual e da análise documental, e nos capítulos 4, 5 e 6, constam os resultados empíricos do estudo, construídos a partir da análise das entrevistas, juntamente com as informações constantes nos documentos e dados secundários consultados. Na apresentação dos resultados empíricos, algumas menções às idéias, interpretações e posicionamentos dos diferentes grupos de atores entrevistados estão referidas da seguinte forma: Ator 1 - Gestor/Técnico da SESAB; Ator 2 - Gestor/Técnico da SMS – Salvador; Ator 3 - Gestor/Professor da UFBA; Ator 4 - Gestor/Professor da FO-UFBA; Ator 5 - Gestor/Profissional de Saúde dos campos de prática.

---

<sup>IV</sup> Bardin<sup>13</sup>, em sua obra, apresenta aspectos em profundidade relativos especificamente à análise de conteúdo de entrevistas e à análise categorial, a mais antiga e mais utilizada das técnicas deste método, que foram pontualmente consultadas no momento da análise dos dados e da apresentação dos resultados.

## 2. ASPECTOS CONCEITUAIS ASSOCIADOS À POLÍTICA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Este capítulo aborda os principais conceitos<sup>V</sup> que contribuem para o entendimento dos eixos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE), selecionados neste estudo – integração ensino-serviço, integralidade da atenção à saúde e reformulação do projeto político-pedagógico. Parte-se da compreensão da Educação Permanente em Saúde como importante elemento na constituição dos novos arranjos do processo de formação dos profissionais de saúde, por meio do fornecimento do arcabouço teórico para as mudanças na formação. Buscou-se destacar ainda, a importância da perspectiva transdisciplinar e multiprofissional nos processos de trabalho em saúde.

A construção teórica e metodológica da Educação Permanente em Saúde teve desenvolvimento dentro de vasta bibliografia e programas de recursos humanos na América Latina. O enfoque pressupõe que a aproximação da formação à vida cotidiana do trabalho tem forte caráter educativo. A centralidade do conceito de Educação Permanente, no processo de trabalho, envolve um conjunto de atores, não só aqueles de dentro dos espaços onde o trabalho é realizado, mas também, implica em aproximar da discussão, professores, estudantes e usuários<sup>14</sup>.

O conceito de Educação Permanente, muitas vezes, é confundido com o de Educação Continuada, devido ao fato de ambos pressuporem uma “*continuidade*” no processo de aprendizagem posterior à graduação. Ceccim e Feuerwerker<sup>15</sup> procedem à diferenciação dos termos:

“[...] 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>15</sup>.

Ceccim<sup>16</sup> considera a Educação Permanente em Saúde como fundamental na redefinição das práticas de “formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social”, se

---

<sup>V</sup> Importante pontuar que, não constitui objetivo deste capítulo o aprofundamento das origens dos conceitos (bases conceituais) relativos ao tema da formação, ensino e trabalho em saúde, para os quais, buscou-se compreender os seus significados.

consolidando através das ações intersetoriais com a área da Educação, aproximando o processo de reorientação da formação com as necessidades de saúde da população.

Este papel estratégico da Educação Permanente em Saúde se traduz no desenvolvimento dos profissionais e mudanças nas suas práticas, orientadas pela lógica da experimentação no cotidiano do trabalho através do qual se vive e reflete sobre as ações, e busca-se alternativas com vistas às modificações, as quais têm função incontestável diante da importância de

“construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde”<sup>16</sup>.

O autor apresenta os componentes do Quadrilátero da Formação (ensino - atenção - gestão - controle social) como elementos para se analisar a Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, propõe que haja a mudança na educação dos profissionais de saúde, orientada por uma concepção construtivista, incentivando a produção de conhecimento dos serviços. Um segundo ponto trata da reorientação das práticas de acordo com a integralidade e a humanização, além da ênfase no papel do usuário no planejamento terapêutico. Os outros dois aspectos referem-se à organização da rede de serviços, baseada nas necessidades de saúde e na avaliação de satisfação dos indivíduos, e o controle social<sup>16</sup>. Todos os aspectos do Quadrilátero estão dispostos como processos interativos, conformando mudanças em todos os espaços, de maneira permanente<sup>17</sup>.

O desafio que se impõe dentro do arcabouço propositivo da Educação Permanente em saúde consiste nas iniciativas de “abrir” os serviços para a produção de subjetividade, caracterizá-los como espaços de problematização e reflexão das práticas cotidianas, e a disposição para receber apoios matriciais de outras áreas<sup>16</sup>.

A efetivação de uma relação entre o ensino e o serviço de saúde se materializa dentro das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, instituídas no Brasil, com foco na perspectiva de mudanças na estruturação do trabalho em saúde. Ceccim<sup>18</sup> fala da transformação do Sistema Único de Saúde em uma verdadeira “*Rede-Escola*”, fruto da descentralização e disseminação de capacidades pedagógicas pelos serviços de saúde. O autor analisa que, por um lado, os gestores do SUS visualizam as inadequações na formação dos profissionais, e por outro, o aparelho formador detecta as limitações dos serviços. A emissão do ponto de vista de ambas as instâncias é verdadeira, e portanto, pressupõe-se que “a

transformação das práticas de saúde e a transformação da formação profissional em saúde têm de ser produzidas de conjunto”<sup>18</sup>.

March, Fernandez e Pinheiro<sup>19</sup> chamam a atenção que, uma reorganização da atenção, na perspectiva da reformulação da formação em saúde, tendo como eixo também a integralidade, necessita acontecer

“nos diversos espaços dos serviços de saúde – unidades básicas, ambulatórios de especialidades ou referência, serviço diversificado de apoio diagnóstico ou terapêutico, diversas modalidades de atendimento hospitalar, programa de acompanhamento ou internação domiciliar básica [...]”<sup>19</sup>.

Os serviços de saúde caracterizados como “*cenários de aprendizagem*” se constituem em locais privilegiados de interseção do mundo do trabalho com o mundo do ensino, viabilizando a redefinição de práticas pedagógicas e do cuidado; a construção do conhecimento; e as novas vivências e olhares numa perspectiva transversal de apropriação, por parte dos estudantes, dos trabalhadores e dos docentes, das práticas cuidadoras em saúde e da realidade social. É nos serviços de saúde que as práticas cotidianas vão sendo remodeladas/transformadas na medida em que se desencadeia um processo relacional e interativo entre estudantes e professores que lá desenvolvem atividades e os profissionais de saúde<sup>20</sup>.

Nesse sentido, é fundamental que os processos de “aprender e ensinar” devam ser permeados por reflexões críticas e propositivas, tendo em vista a superação das relações verticais e a hierarquia entre os saberes das diferentes profissões de saúde. Para tal, faz-se necessária a efetivação de estratégias que suscitem o desenvolvimento de “saberes e práticas” multiprofissionais e interdisciplinares, com foco no usuário, tomando como base os princípios do SUS e o conceito ampliado de saúde<sup>20</sup>.

Campos e Aguiar<sup>21</sup> evidenciam que, nos “*cenários de práticas*”<sup>VI</sup>, os desafios dizem respeito à substituição das práticas centradas nos hospitais por experiências nos ambulatórios e nos serviços de atenção básica à saúde, como forme de propiciar o ensino na comunidade, com integração desta com os alunos e docentes. Outro desafio é a própria construção crítica e reflexiva dos atores envolvidos no processo de formação, em relação aos valores do seu trabalho e sua vida. Garcia<sup>22</sup> complementa, afirmando que o processo de ensino-aprendizagem

---

<sup>VI</sup> Embora alguns autores considerem o termo “cenários de práticas” menos abrangente do que o termo “cenários de aprendizagem”, neste trabalho eles são compreendidos como sinônimos.

não se reduz ao conceito de educação formal, estando para além do processo institucionalizado e ocorrendo no “cotidiano, nas relações entre sujeitos e na comunicação/interação de seus projetos”.

A integralidade insere-se, enquanto uma das diretrizes do SUS, como instrumento norteador desta relação entre o ensino e o trabalho em saúde. Mattos<sup>23</sup> chama a atenção de que este conceito, explicitado no texto constitucional como o “atendimento integral”, priorizando a prevenção, desde que sem perdas na assistência, não compreende apenas um significado, mas um conjunto de valores, para os quais ele sai em defesa.

O autor, em sua análise sobre as dimensões da integralidade, propõe uma reflexão dos seus sentidos em três perspectivas, ainda que reconheça que as mesmas não esgotem as muitas interpretações do significado do termo. Um primeiro contexto de análise discute a integralidade no bojo do movimento conhecido como Medicina Integral, que fomentou uma crítica à prática médica fragmentária e reducionista, fruto de um ensino sustentado por currículos tipicamente flexnerianos, dentro da dicotomia desenhada pelo ciclo básico (laboratório) e pelo ciclo profissional (clínica)<sup>23</sup>.

A Medicina Integral sinalizou a necessidade de reestruturação curricular das escolas médicas como forma de nortear o ensino, por meio da apreensão de novos conhecimentos na relação médico-paciente e do processo saúde-doença, respondendo pela formação de profissionais promotores do que Mattos<sup>23</sup> chamou de “boa prática médica”. No Brasil, as características desse movimento determinaram uma conformação peculiar, dada a proximidade da abordagem da Medicina Integral com a Medicina Preventiva e, em seguida, com os debates no campo da Saúde Coletiva. Esta peculiaridade implicou pensar a prática integral para além das escolas médicas, ampliando a discussão para a questão da racionalidade científica e a medicalização da sociedade, o complexo médico-industrial e o mercado de trabalho profissional. Nessa perspectiva, o autor observa

“[...] a tendência geral de afastamento da saúde coletiva da medicina, e da discussão acerca dos atributos da boa prática médica, contexto no qual emergiu o primeiro sentido de integralidade[...]”<sup>23</sup>.

E, portanto, sai em defesa de que a integralidade é

“um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”<sup>23</sup>.

Desse modo, Mattos<sup>23</sup> destaca que, no momento em que se entende a integralidade como uma característica da boa prática da (bio)medicina, na qual a doença é o foco da intervenção, não se deve negar os avanços do conhecimento científico e sim, adicionalmente a ele, ou ainda, compreendendo a necessidade de prudência no seu uso, reconhecer a importância da “visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos”. O autor ainda afirma, dentro deste conjunto de sentidos da integralidade, que as práticas em questão não se apresentam de forma exclusiva aos profissionais de medicina, mas englobam o conjunto de profissionais da área da saúde, ora expresso pela equipe de saúde e seus processos de trabalho, ora pela relação profissional-usuário.

A segunda dimensão trabalhada pelo autor compreende o conjunto de sentidos da integralidade na perspectiva de organização das práticas e dos serviços de saúde. O conceito de integralidade entra neste contexto, como crítica à dicotomia existente entre os serviços de saúde pública e os serviços assistenciais. Pressupõe-se, com essa crítica, uma “horizontalização” dos programas verticais, instituídos numa lógica fragmentadora na organização da atenção, e que refletia na estruturação dos processos de trabalho<sup>23</sup>.

A partir da perspectiva das ações programáticas horizontais, Mattos<sup>23</sup> fundamenta duas críticas: uma, ao peso dado ao papel da Epidemiologia na organização dos serviços e das práticas, e outra em relação ao risco de restrição à oferta de serviços. Para o autor, não basta que os serviços respondam aos problemas de saúde da população, faz-se necessário compreender, ampliadamente, as suas necessidades. Além disso, os serviços devem constituir-se sob a lógica da busca contínua pela ampliação das necessidades de saúde demandadas por grupo populacional. Essa constatação implica mais um sentido para a integralidade como princípio de organização permanente dos serviços e apreensão aberta e ampliada das necessidades, fundamentada na estruturação dialógica entre os sujeitos.

Na terceira dimensão da integralidade, os seus sentidos são atribuídos às respostas governamentais, materializadas na formulação de “*políticas especiais*”, frente às demandas de saúde. A integralidade pode ser entendida, segundo o autor, como uma negação, por parte dos formuladores da política, à redução do objeto sobre o qual a resposta governamental propõe incidir. Outro ponto deste mesmo conjunto de sentidos é a noção de integralidade determinando que as respostas apresentem tanto as possibilidades preventivas quanto as assistenciais diante de um dado problema de saúde pública. Ainda nesta mesma lógica, o autor fala da importância da intersetorialidade das políticas, trazendo como sentido da

integralidade a sua “capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades”<sup>23</sup>.

No âmbito da formação em saúde, mas especificamente dentro das discussões acerca da Educação Permanente dos profissionais de saúde, Pinheiro e Ceccim<sup>24</sup> apresentam a integralidade em saúde como um dos caminhos para a superação do modelo de ensino vigente. Para tal, os autores destacam a importância da conformação de espaços de discussão, análise e reflexão do conjunto das práticas cotidianas no trabalho, e da educação permanente no processo de desconstrução dos padrões de subjetividade hegemônicos no contexto do ensino e do trabalho em saúde, dando lugar para que os sujeitos sejam a sua própria produção de subjetividade.

Os autores propõem, no sentido de efetivar o ensino da integralidade, as seguintes categorias norteadoras: experiencição, formação, cuidado em saúde e a construção do conhecimento. Em torno da experiencição, toma forma a questão do cotidiano como espaço de ocorrência das práticas, as quais “produzem sentidos, e se configuram como práxis”. Eles destacam, dentro da categoria formação, “as características do ensino, as expectativas do exercício profissional e as políticas do trabalho em saúde”. Esses aspectos são discutidos de modo a haver o rompimento com “modelos ideais” de formação, a reconstrução do papel social da universidade e a consolidação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, permeando o perfil dos profissionais da saúde. Toda essa perspectiva de mudança tem a sua centralidade na construção da integração ensino-trabalho-cidadania<sup>24</sup>, na qual o exercício profissional passa a compreender práticas políticas, de gestão e do cuidado em saúde<sup>20</sup>.

Dentro deste raciocínio, Ceccim e Feuerwerker<sup>15</sup>, colocam que a prática da abordagem integral pelos profissionais implica a discussão em torno da aprendizagem e da clínica, dos distintos atores envolvidos no processo de formação e da “instituição educacional, seu papel, seus interlocutores e seus desafios institucionais e interinstitucionais”.

O cuidado em saúde se constitui em uma prática voltada para a integralidade, que por sua vez, se traduz em “práticas cuidadoras [...] no assistir, ensinar, gerenciar [...]. Estas práticas são definidas como usuário-centradas, a partir das quais se pode compreender o cuidado como prática social que demanda a proximidade do saber científico e do saber popular. É a partir disto, que se coloca o desafio de fortalecimento de práticas cuidadoras com base na escuta, no

“[...] respeito às singularidades e diversidades humanas, culturais e sociais e a compreensão da saúde e da doença como vivências [...]”<sup>24</sup>.

A construção do conhecimento deve efetivar-se por meio de interações com a realidade, sempre enfatizando os elementos da integralidade. Para tal, faz-se necessário romper com a linearidade do ensino-aprendizagem, a ênfase às questões técnico-científicas, a quantificação isolada no campo da pesquisa, os obstáculos da divulgação científica e os problemas de acesso à informação em saúde, dando lugar a uma “nova cultura pedagógica da instituição de ensino”<sup>24</sup>.

No Brasil, esse rearranjo pedagógico em prol da formação em odontologia pode se expressar pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Odontologia, as quais buscam redefinir a organização curricular das instituições de ensino superior e a “organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia [...]”<sup>25</sup>.

Segundo Campos *et al.*<sup>26</sup>, um novo modelo pedagógico se sustenta no “equilíbrio entre excelência técnica e relevância social”, promovido por integração curricular e tendo como elemento central os métodos interativos de ensino-aprendizagem, nos quais os alunos são considerados sujeitos da aprendizagem. Nesse sentido, a construção deste novo modelo pedagógico, associada à diversificação dos cenários de prática, parte do entendimento de que

“a interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao aluno trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia”<sup>26</sup>.

Faz-se necessária, na construção de novas metodologias de ensino, a busca permanente da multiprofissionalidade no desenho do projeto pedagógico, na atuação docente, na elaboração de pesquisas, nas ações de extensão e na definição dos campos de prática<sup>27</sup>.

Carvalho<sup>28</sup>, com base nas DCNs, define o projeto pedagógico como uma construção realizada conjuntamente entre os corpos docente, discente e administrativo, com vistas ao aprimoramento da formação do aluno de odontologia, no que diz respeito ao conhecimento científico-cultural, profissional e de cidadania. O autor propõe alguns passos a serem seguidos nesta construção que compõem o conjunto de ações realizadas no planejamento de um curso

de graduação. Dentre os passos, destacam-se a necessidade de se diagnosticar o perfil, expectativas e necessidades dos alunos e da população quanto à saúde bucal, e a importância do acompanhamento e avaliação do projeto, redefinindo-o permanentemente de acordo com o surgimento de novas demandas.

Para ele, a implantação de um projeto pedagógico requer grande esforço colegiado e “vontade política” caminhando no sentido de não se limitar à “reprodução de práticas sedimentadas” e de buscar a legitimidade do processo frente à “comunidade acadêmica”. O contrário implica na constituição de projetos inadequados, pouco institucionalizados e que não representam “o papel que a universidade deve assumir perante a sociedade”<sup>28</sup>.

A organização curricular proposta pelas DCNs representa a superação do currículo mínimo na estruturação dos cursos, dando lugar a uma base curricular comum nacional, complementada pelas especificidades da “inserção institucional do curso” e do desenvolvimento local do setor saúde<sup>25</sup>. Esse modo de redefinição curricular pode ser entendido dentro da caracterização de currículo integrado desenvolvida por Davini<sup>29</sup>. A autora destaca o currículo integrado como um “plano pedagógico” capaz de articular “trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade”, e que este *plano* precisa ser construído com base em soluções criativas dos problemas, apontando para a flexibilidade às situações reais; deve também ser aprimorado de acordo com as experiências, sempre considerando como “pano de fundo as características sócio-culturais” nas quais os processos educativos se inserem.

A elaboração de um currículo integrado deve ter como meta o redesenho do perfil, das atribuições e das competências profissionais, considerando o cenário de:

- “uma efetiva integração entre ensino e prática profissional;
- a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática;
- um avanço na construção de teorias a partir do anterior;
- a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações;
- a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última;
- a integração professor–aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas;
- a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.”<sup>29</sup>.

No currículo integrado, visualiza-se a superação do padrão de isolamento das disciplinas (típico do currículo formal), tendo em vista a constituição de unidades de ensino-aprendizagem que se desenvolvem por meio da relação de interdependência entre elas.

Davini<sup>29</sup> aponta ainda que este modelo curricular enquadra-se como a ferramenta “mais apropriada para atender à necessidade de integrar ensino e trabalho [...]”, entretanto chama a atenção para o fato de que não se deve apropriar-se acriticamente da “realidade do serviço” como se fosse o parâmetro de ensino, nem contentar-se apenas em garantir a integração espacial destes dois campos.

Na perspectiva de superação do isolamento disciplinar, presente no processo de formação em saúde, tendo em vista o fomento da integração ensino e trabalho, ganham importância os aspectos associados à abordagem transdisciplinar e multiprofissional, conformando os processos de trabalho em saúde e a constituição da equipe de saúde.

O termo transdisciplinar vem sendo abordado já como uma superação da idéia dos enfoques multi e interdisciplinar, que se apresenta limitado à articulação entre disciplinas independentes com “domínios definidos, estáveis [...]” (Benevides e Passos *apud* Barros<sup>30</sup>). A abordagem transdisciplinar não busca tal estabilidade, quando, na verdade, propõe o questionamento dos limites entre as disciplinas, produzindo “um efeito de desestabilização que subverte exatamente o que dá sustentação aos campos epistemológicos e à unidade das disciplinas, interrogando os especialismos”<sup>30, 31</sup>.

A transdisciplinaridade se sustenta na busca da “abertura de todas as disciplinas ao que as une e as ultrapassa”; da aplicação multirreferencial e multidimensional, dentro de um processo de construção e compreensão do saber compartilhado; e da rejeição ao “formalismo excessivo, a rigidez das definições e a absolutização da objetividade [...]” (Portugal *apud* Teixeira<sup>31</sup>).

No que diz respeito ao trabalho multiprofissional em saúde, apropriando-se do enfoque transdisciplinar, associado ao conceito amplo de integralidade, a constituição de equipes multiprofissionais representa a convergência dos distintos saberes, presentes no “espaço concreto e singular do serviço de saúde”, pressupondo a organização do processo de trabalho de modo aberto, para além das atividades e rotinas pré-estabelecidas<sup>32</sup>. O processo de trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde incorre na problematização e articulação das práticas profissionais, eliminando a priorização unicamente da vertente técnica do trabalho em saúde<sup>33</sup>.

Ainda na perspectiva do trabalho em equipe multidisciplinar, Peduzzi<sup>33</sup> o considera

“[...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação” (Peduzzi *apud* Peduzzi<sup>33</sup>).

Essa compreensão da equipe multidisciplinar relaciona-se com a tipologia do trabalho em equipe sugerida pela autora, ao problematizar a noção de *equipe-integração* – pólo oposto à noção de equipe-agrupamento. Enquanto nesta última, evidencia-se a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, na proposta da *equipe-integração*, pressupõe-se “[...] a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes”<sup>33</sup>.

Por fim, importante ressaltar que estes aspectos conceituais permeiam o delineamento das políticas reorientadoras da formação profissional em saúde, bem como estão presentes no desenvolvimento e implantação de projetos institucionais e nas ações para mudanças curriculares, conforme pode-se observar nos capítulos seguintes desta dissertação, que trazem os resultados do estudo.

### **3. A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS**

Este capítulo apresenta uma análise da evolução da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no contexto do SUS, pontuando as principais iniciativas que a antecederam, particularmente aquelas desenvolvidas nos anos oitenta e noventa, e nos primeiros anos 2000, anteriores ao governo Lula; as primeiras ações deflagradas com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) em 2003 e 2004; e finalmente o período de 2005 a 2010 que compreende o momento mais recente desta política materializado pela criação dos seus dois principais programas – o PRÓ-SAÚDE (2005) e o PET-SAÚDE (2007), sugerindo seus principais aspectos e identificando as inflexões ocorridas ao longo do desenho destas iniciativas.

#### **3.1 Antecedentes**

O tema da formação de recursos humanos para o setor público de saúde esteve presente no cenário político que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, atribuiu ao SUS o ordenamento da formação profissional na área da saúde. Mesmo antes, esta preocupação compunha as proposições do movimento da Reforma Sanitária, presentes no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Neste mesmo ano, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, cujo tema foi “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”, destacava o diagnóstico acerca da situação do ensino de graduação, sinalizando para a necessidade de modificação na organização e estrutura dos cursos, além da integração ensino-serviço.

Em 1981, o Programa de Integração Docente Assistencial – IDA (criado no âmbito do Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior e da Coordenação de Ciências da Saúde), já identificava a necessidade de formar profissionais de saúde através da sua inserção na prática do cuidado, com centralidade na Atenção Primária<sup>VII</sup> e sustentado pela necessidade de compromisso entre instituições e comunidade no processo de integração entre o ensino e os serviços de saúde. Ao longo da década, o Programa IDA passou por importantes

---

<sup>VII</sup> A proposta IDA utilizou o marco referencial de Alma Ata (1978), no esboço das suas ações (Brasil *apud* Torres<sup>34</sup>).

momentos de reflexão e levantamento dos pontos negativos decorrentes de sua implementação, na tentativa de superar os problemas nas relações entre academia, serviços e comunidade<sup>34</sup>. Apesar da importância da iniciativa e da conformação de uma estrutura em rede (a REDE IDA - Brasil), da qual surgiram inúmeras experiências tanto no Brasil quanto em outros países, o Programa IDA apresentou um escopo de ação limitado à assistência em saúde, com baixa participação de docentes das instituições de ensino, forte segmentação das ações, ou seja, baixa integração entre os cursos e faculdades e, sem significativas transformações nos currículos (Marsiglia *apud* Torres<sup>34</sup>)

No cenário de implantação do SUS, após a Constituição de 1988, as discussões acerca da problemática da formação dos recursos humanos na saúde estiveram presentes na 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNSA), em 1992, que reafirmou a importância da integração das instituições formadoras e as prestadoras dos serviços; sugeriu a necessidade de revisão curricular; e apontou para a realização da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) ocorrida no ano seguinte, como forma de aprofundar os questionamentos da conferência<sup>35</sup>.

No início dos anos 90, a fim de redimensionar e aprofundar as questões relativas ao Programa IDA surge o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa: universidade/comunidade/serviços, com financiamento da Fundação W.K. Kellogg<sup>VIII</sup>, se diferenciando do IDA ao propor a discussão da formação em saúde na perspectiva da multiprofissionalidade (houve a inserção dos cursos de enfermagem e odontologia no escopo de suas ações), no estabelecimento de critérios mais claros de fortalecimento dos componentes curriculares (estágios obrigatórios na comunidade, ênfase em disciplinas que utilizassem a epidemiologia etc.) e na aposta no “componente dos serviços” representado pelos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Marsiglia *apud* Torres<sup>34</sup>). Além do reforço à necessidade dos processos de mudança na formação ocorrerem efetivamente no interior da comunidade, tendo em vista que se mantinha a dissociação entre as proposições teóricas da universidade e a sua aplicabilidade prática<sup>36</sup>.

Apesar da presença do tema nas diversas instâncias de debate sobre a política de saúde no

---

<sup>VIII</sup> Segundo Torres (2005), a Fundação Kellogg financiou iniciativas no campo da formação médica na América Latina desde a década de 1940.

país<sup>IX</sup>, Machado<sup>37</sup> caracteriza a década de 1990 como “perda para os recursos humanos em saúde”<sup>X</sup>, afirmando ter havido “insistência na consolidação do SUS, porém sem a preocupação com os trabalhadores do Sistema”. A atuação do Ministério da Saúde, por exemplo, no processo de ordenação da formação dos profissionais de saúde é considerada para este período como “bastante limitada”, sem evidências de uma articulação mais substantiva entre os Ministérios da Saúde e Educação – este último, responsável pela regulamentação da formação universitária – “para a adoção de uma política de mudança radical na formação básica dos profissionais de saúde”<sup>38</sup>.

Por outro lado, segundo Teixeira e Paim<sup>39</sup>, a adversidade da conjuntura político-econômico-ideológica daquele período<sup>XI</sup>, em que se apresentavam grandes obstáculos à proposta de políticas públicas mais abrangentes e democratizantes, não invalidou “o crescimento de um processo participativo no interior das instituições de ensino”. As ações da REDE UNIDA, constituída pela proposta da Rede de projetos de Integração Docente-Assistencial (REDE IDA - Brasil) em conjunto com as experiências desenvolvidas no âmbito dos Projetos UNI, são exemplos que representam este processo. A REDE UNIDA contribuiu para a reinserção da temática dos recursos humanos na construção das políticas de saúde<sup>39</sup>.

Segundo Gonzalez e Almeida<sup>36</sup>, a REDE UNIDA pode ser considerada um movimento que reúne atores, instituições e projetos oriundos das experiências obtidas com o IDA e o programa UNI, daí a origem do nome; e que surge tendo como objetivo a articulação de iniciativas antes desencadeadas de maneira isolada, potencializando as mudanças e produzindo práticas inovadoras no campo da formação profissional em saúde.

No final dos anos 90, em torno da reorientação do modelo de atenção em saúde através do Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde deu início à estruturação dos Pólos de

---

<sup>IX</sup> Além da presença do tema da formação profissional em saúde nestas instâncias, explicitadas ao longo do texto, importantes discussões e debates também ocorrem nos espaços formais de construção das políticas de educação, bem como nos fóruns e movimentos reunindo associações estudantis, de representação docente, entidades de classe e conselhos profissionais, alguns referidos ao longo do capítulo.

<sup>X</sup> Ressalva-se aqui que tal caracterização refere-se à ausência de iniciativas relativas, principalmente, à formação e trabalho de nível superior em saúde, uma vez que aquelas acerca do trabalho de nível médio em saúde (alguns pontuados neste texto) desenvolveram-se ao longo do período. Pode-se ainda depreender que os anos 1990 são assim considerados por terem as discussões em torno da formação em saúde mais presentes no interior das universidades.

<sup>XI</sup> Entre outros aspectos, destacam-se as mudanças no mundo do trabalho que se caracterizam por um processo de reestruturação produtiva, com flexibilização e precarização de relações trabalhistas (Teixeira, 2008, p. 141-6). Embora o movimento de reorganização produtiva não seja o foco da abordagem deste capítulo, este é referido aqui, uma vez que as conseqüências impostas nas áreas econômicas e sociais repercutem também no campo da gestão da educação na saúde que, em última análise, compreende também a formação dos profissionais que irão ingressar neste contexto.

Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família (Pólos-PSF), envolvendo diversas instituições de ensino e secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil, como forma de construir ações voltadas para os profissionais e os serviços de Saúde da Família. Entre 1997 e 2002, os Pólos-PSF desempenharam importante papel na integração ensino-serviço, com participação de “mais de 90 instituições de ensino superior, cinco escolas estaduais de saúde pública, todas as SES e representantes de municípios em vários estados” (Gil *apud* Machado<sup>38</sup>); e na estruturação de cursos de especialização e residência em Saúde da Família. No entanto, estas instâncias apresentavam limites no que tange a efetiva mudança nos currículos dos cursos de graduação em saúde<sup>38</sup>.

Já nos anos 2000, o tema da formação foi contemplado na pauta da 11ª CNS (realizada em 2000), reafirmando os princípios e diretrizes da NOB/RH (1998) e a necessidade de realização da 3ª CNRHS, ocorrida já no Governo Lula, a partir da recomendação da 12ª CNSA (2003)<sup>35</sup>. O início dos anos 2000 foi marcado por algumas iniciativas reorientadoras da formação profissional em saúde<sup>XII</sup>, direcionadas principalmente para a graduação em medicina, fruto do amplo projeto desenvolvido, nos anos 90, pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)<sup>XIII</sup> cujo objetivo era levantar o perfil das escolas médicas, do médico formado, do corpo docente e do seu projeto pedagógico, propondo a “transformação do ensino médico no Brasil”<sup>36</sup>. A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde (DCN) é também um marco na trajetória das ações voltadas às mudanças no ensino superior em saúde, ocorridas no início da primeira década de 2000.

---

<sup>XII</sup> Outras importantes ações visando à formação de pessoal da saúde e a capacitação dos trabalhadores de nível médio e técnico também foram desencadeadas neste período. Em 2001, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE), buscou qualificar milhares de auxiliares e técnicos de enfermagem e especializar enfermeiros em Educação Profissional<sup>40, 41</sup>. Foi neste ano também que se iniciou o PROFORMAR cujo objetivo é o de formação de agentes locais na área de vigilância em saúde. Atualmente, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (PROFAPS), desenhado nos moldes do PROFAE, tem ofertado cursos de educação profissional para áreas de nível técnico, com vistas à melhoria da atenção básica e especializada na saúde.

<sup>XIII</sup> A CINAEM surgiu em 1991, congregando entidades representativas do movimento sindical, científicas e de educação médica, bem como estudantes e docentes dos cursos de medicina do país, num cenário de oposição à implantação do sistema de “ranqueamento” dos cursos de graduação, conhecido como “provão”. Os trabalhos da comissão são coordenados pela Associação Brasileira de Educação Médica, assessorada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior – Sindicato Nacional (ANDES-SN)<sup>42</sup>. O projeto desenvolvido pela CINAEM, desde os anos 90, se sustenta pela avaliação da qualidade dos elementos considerados transformadores da realidade do ensino médico, envolvendo 76 escolas médicas em sua 1ª fase, e mais 48 delas na 2ª fase. A terceira fase do projeto dedica-se à “construção das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico” (<http://www.abem-educmed.org.br/cinaem.php>, acesso em: 24 de janeiro de 2011).

Em 2002, o Ministério da Saúde, conjuntamente com o Ministério da Educação e a OPAS, e em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a REDE UNIDA, criou o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, tendo em vista a necessidade de adequação da formação médica às realidades do SUS. Os objetivos do programa englobavam a cooperação técnica aos cursos de medicina na proposição das mudanças curriculares; a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de saúde com vistas à aproximação dos estudantes com as necessidades de saúde da população; e a capacitação dos futuros médicos com o intuito de adquirir competência geral alinhada às demandas da atenção básica à saúde<sup>43</sup>. A adesão ao PROMED ocorria por submissão de projetos, a serem construídos segundo três eixos principais: (1) orientação teórica; (2) abordagem pedagógica; e (3) cenários de prática. Cada um destes eixos apresentava dois vetores específicos de desenvolvimento<sup>XIV</sup>.

Ao final de 2002, o programa havia contemplado propostas de 19 escolas médicas (de 20 inicialmente selecionadas a partir dos 55 projetos submetidos), com repasse de recursos financeiros na ordem de oito milhões de reais, até o ano de 2003, para apoio à execução das ações programadas<sup>43, 44</sup>. Um importante requisito para a candidatura do projeto era a obrigatoriedade de parcerias com as secretarias de saúde, em especial com as unidades de atenção básica da rede pública (Brasil *apud* Souza<sup>45</sup>)

### **3.2 As iniciativas de reorientação da formação profissional em saúde no período de 2003 a 2004**

No governo Lula, a área de recursos humanos em saúde ganha espaço estratégico dentro da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, re-significando o debate em torno de elementos norteadores das ações para a formação profissional em saúde. Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES viabilizou o desenho de políticas para a formação profissional para o SUS e o trabalho em saúde. A secretaria é composta pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS, e pelo DEGES, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Este último, responsável, entre outras ações, pelo fortalecimento e estreitamento das relações entre as instituições formadoras e o sistema público de saúde, como forma de reorientar o processo de formação dos

---

<sup>XIV</sup> Estes eixos que compuseram o PROMED foram propostos por Campos *et al.*<sup>26</sup> no seu artigo: “Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica”. Revista Brasileira de Educação Médica, 2001 maio/agosto; 25(2): 53-9.

profissionais do setor, adequando-o à realidade do SUS e das necessidades de saúde da população.

No âmbito do DEGES, entre anos de 2003 e 2004, é lançado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/Brasil, destinado aos estudantes dos cursos universitários da saúde e desenvolvido a partir do reconhecimento do sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem. O projeto ocorreu em dois momentos no ano de 2004, e ainda no ano de 2005, tendo sido desdobrado em dois programas específicos: Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS. No conjunto das suas edições, o VER-SUS disseminou ações envolvendo muitas cidades e estados brasileiros, tendo a importante adesão dos estudantes dos cursos de saúde em vivências nas realidades locais da saúde<sup>XV 34</sup>.

O VER-SUS/Brasil contou com um projeto piloto, no início de 2004, que envolveu 10 cidades componentes da Rede de Municípios colaboradores de Educação Permanente em Saúde, tendo participado das experiências locais um total de 99 estudantes. Em 2005, duas edições do projeto VER-SUS/Brasil foram delineadas e executadas a luz da avaliação do projeto piloto. A primeira edição envolveu cerca de 50 municípios de 19 estados brasileiros, totalizando a participação de milhares de estudantes, em sua maioria, provenientes de universidades públicas. Já a segunda versão oportunizou estágios a aproximadamente 250 estudantes em 10 municípios de seis estados<sup>34</sup>.

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde, também por meio do DEGES, lançou o AprenderSUS tendo como objetivo central a orientação dos cursos de graduação em saúde para a integralidade, como proposta de mudança na formação profissional. O AprenderSUS contemplou o debate para o fortalecimento do conceito de integralidade como eixo de mudança, por meio do relato e análise de experiências desenvolvidas no país, bem como demonstrou a importância da articulação dos Ministérios da Saúde e Educação<sup>46</sup>. Esta iniciativa suscitou ainda uma ampla articulação entre o DEGES, a ENSP e a REDE UNIDA, na realização do Curso de Especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, que se consolidou como estratégia para a “efetiva implantação do AprenderSUS”, e se

---

<sup>XV</sup> Torres<sup>34</sup> aponta que os estágios iniciaram-se nos anos 80 por iniciativa do movimento de estudantes de graduação em agronomia, nos quais houve a participação de estudantes de cursos de medicina. A experiência nestes espaços mobilizou o movimento estudantil, principalmente via Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), ainda nos anos 90, desencadeando os primeiros estágios no âmbito da saúde. A autora destaca ainda a ocorrência de Estágios Locais e Regionais de Vivências no SUS por todo o Brasil.

orientou pelo currículo integrado, o construtivismo e pelas metodologias educacionais ativas e de educação a distância<sup>36</sup>. Ainda no âmbito do AprenderSUS, desenvolveu-se uma série de pesquisas em torno do projeto denominado “EnsinaSUS – ensino, desenvolvimento, pesquisa e documentação na construção da integralidade da atenção à saúde”<sup>XVI</sup>, com importante apoio de experiências inovadoras de mudanças na formação e educação permanente em saúde<sup>27, 47</sup>. Surge também neste ano, o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), como um novo e importante espaço de debates em torno das ações para mudanças na formação profissional em saúde, discutindo o tema à luz da multiprofissionalidade e o trabalho em equipe<sup>XVII 36</sup>.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, se constituiu como um importante referencial destas e de outras ações no campo da Gestão da Educação, ocupando posição transversal<sup>XVIII</sup> na articulação de estratégias e no desenvolvimento teórico das mudanças nos processos educacionais em saúde. Inicialmente, as diretrizes da PNEPS propuseram a implantação de colegiados de gestão denominados de “Pólo de Educação Permanente para o SUS”, nos quais diversos atores<sup>XIX</sup> teriam a atribuição de detectar problemas e elaborar projetos voltados para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde de um dado território<sup>48</sup>. No ano de

---

<sup>XVI</sup> O EnsinaSUS é um projeto desenvolvido, desde 2004, pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). O projeto conta com o apoio do CNPq, Faperj, Ministério da Saúde e UERJ e tem divulgado os resultados das pesquisas/experiências desenvolvidas acerca do ensino em saúde, pautado pela integralidade, constituindo-se em referenciais teóricos para o campo da educação na saúde, alguns dos quais estão abordados neste trabalho.

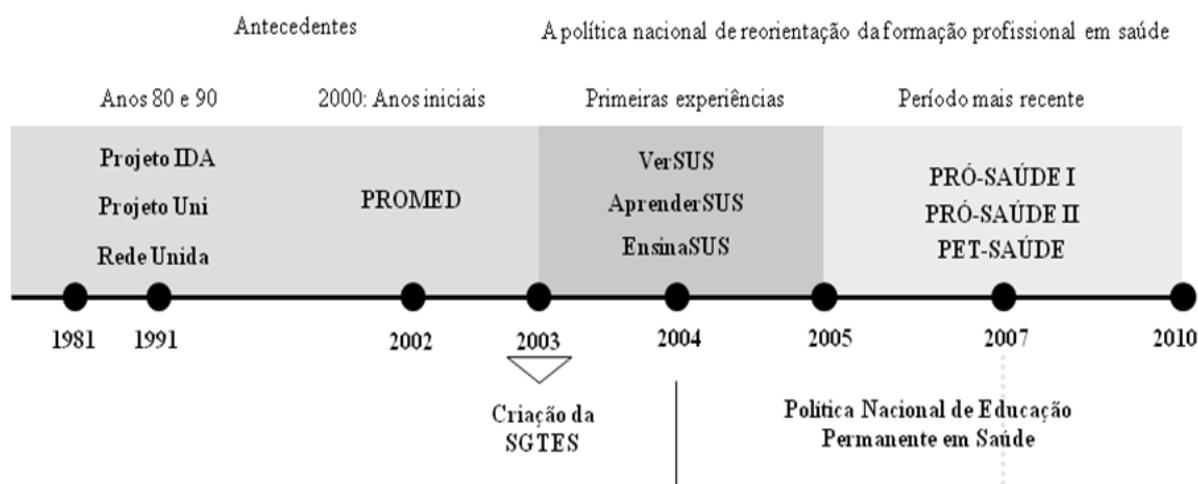
<sup>XVII</sup> O FNEPAS foi criado em julho de 2004 e reúne as seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO, Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia - ABENFISIO, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia - ABEP, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional - RENETO, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – ABENFAR. O Fórum tem centrado as suas ações na discussão em torno do princípio da integralidade enquanto eixo orientador das transformações no ensino da saúde, no desenvolvimento de estratégias para o cumprimento/adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais e no estabelecimento de parcerias com os distintos atores e representações de movimentos envolvidos com o processo de formação profissional em saúde, além da cooperação técnica com o Ministério da Saúde. Fonte: [www.fnepas.org.br](http://www.fnepas.org.br).

<sup>XVIII</sup> A idéia de transversalidade da PNEPS está expressa no trabalho de Cavalcanti<sup>49</sup> que evidenciou, no processo de construção da política de educação permanente pelo DEGES, em 2004, a preocupação em reunir ações anteriormente desenvolvidas de modo pouco articulado, na tentativa de mudanças na forma de proposição das ações e utilizando a diversidade teórica e conceitual do termo “educação permanente”.

<sup>XIX</sup> Os Pólos compreenderiam os seguintes atores: 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; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

2007, a PNEPS passou por grandes mudanças no que tange às suas diretrizes, redefinindo os seus mecanismos de implantação<sup>XX</sup>. A figura 1 a seguir apresenta uma linha do tempo iniciada com os antecedentes à política (anos 80/90 e anos 2001 e 2002), passando pelos primeiros eventos reorientadores da formação profissional em saúde desencadeados no governo Lula (2003 e 2004). Segue-se na ilustração o momento mais recente da política (2005 a 2010), o qual compreende a criação e ampliação do PRÓ-SAÚDE (I e II) e do PET-SAÚDE, transversalmente norteados pelas transformações inerentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O detalhamento dos programas deste último período, bem como seus principais acontecimentos e transformações estão abordados na seqüência.

Figura 1 - Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, década de 1990 e anos 2000.



Fonte: Elaboração própria, dezembro de 2010.

### 3.3. O período recente da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (2005-2010)

#### 3.3.1. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE

Em 2005, a partir das experiências acumuladas com as iniciativas prévias e no reconhecimento da necessidade de aproximação da área da Saúde e da Educação, é instituída a Portaria nº. 2.118, estruturando a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação

<sup>XX</sup> As inflexões ocorridas no interior da PNEPS estão enunciadas no próximo item deste capítulo, que analisa o momento recente (2005-2010) da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

“para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde”<sup>50</sup>, com definição dos objetivos e funções das diferentes instâncias no âmbito dos dois ministérios.

No bojo desta consolidação e inspirado no PROMED<sup>XXI</sup>, também no ano de 2005, é instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, através da Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005<sup>51</sup>. O programa representa, atualmente, uma das iniciativas de maior amplitude para a mudança na graduação das profissões de saúde no Brasil. Delineia-se no contexto de que, apesar dos avanços, impõem-se ainda, grandes desafios na implementação das estratégias reformuladoras da formação profissional em saúde orientada para o SUS. Esta primeira versão do programa (PRÓ-SAÚDE I) contemplava os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, com ampliação para os demais cursos da área de saúde no ano de 2007, por meio da portaria 3.019 de 26 de novembro de 2007 que instituiu o PRÓ-SAÚDE II.

O objetivo do programa está centrado na integração ensino-serviço, sustentada nos seguintes aspectos: reorientação da formação profissional e abordagem integral do processo saúde-doença com foco na atenção básica, na busca por mudanças nos serviços prestados pelo sistema de saúde. O PRÓ-SAÚDE tem como essência a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, uma vez que esta se configura como de fundamental importância para a mudança do aprendizado. Dentre os objetivos específicos, destacam-se:

- ◆ “reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- ◆ estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- ◆ incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;
- ◆ ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS”<sup>52, 53</sup>.

---

<sup>XXI</sup> Gonzalez e Almeida<sup>36</sup> evidenciam que a inspiração do PRÓ-SAÚDE no modelo do PROMED foi também motivada por mudanças ocorridas no DEGES e na SGTES, em virtude da substituição do Ministro da Saúde e de dirigentes do departamento e da secretaria, tendo havido o resgate dos elementos do PROMED.

Com a implementação do PRÓ-SAÚDE, considerando a integração ensino-serviço, espera-se a substituição do atual modelo de formação, individual e especialista, para um processo formativo que leve em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população, a difusão de que a educação profissional em saúde seja vista como um processo permanente, a busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e os fatores de ordem social e, mudanças no desenvolvimento das pesquisas em saúde com vistas ao fortalecimento do SUS<sup>53</sup>.

Para isso, o programa propõe o desenvolvimento de projetos institucionais considerando os aspectos abaixo descritos:

“é necessário levar em conta a importância da integralidade das ações, assim como a dimensão individual e coletiva. Há que se transformar uma formação ainda freqüentemente baseada numa visão curativa, hospitalocêntrica, focada na doença e desarticulada do sistema público vigente; um ensino que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde e prevenção de agravos, comumente fragmentado e dissociado do contexto social. [...] ampla articulação entre as ações preventivas e curativas, atuando de forma balanceada na comunidade, no ambulatório, em clínicas de ensino de odontologia e no âmbito hospitalar. [...] deve-se ter em mente que a atenção básica, como porta de entrada no sistema, não exclui o desenvolvimento científico e tecnológico”<sup>53</sup>.

A estratégia proposta é de que o desenvolvimento do PRÓ-SAÚDE deva ocorrer segundo os mesmos três eixos e vetores específicos já idealizados no âmbito do PROMED, que incluem a (1) orientação teórica; (2) cenários de prática; e (3) orientação pedagógica. No total, a estrutura do programa prevê nove vetores específicos (três para cada eixo), os quais são hierarquizados em três estágios, a fim de que se alcance a situação-objetivo desejada. Dessa forma, propõe-se que as instituições proponentes e envolvidas no processo de reorientação da formação profissional em saúde, contempladas pelo programa, desenvolvam os projetos referenciadas por esquema padrão, buscando, por exemplo, a passagem de uma dada situação “mais tradicional ou conservadora” (estágio I), para a imagem-objetivo (estágio III), de acordo com o eixo e cada um dos vetores relacionados<sup>52</sup>. A seguir, o quadro 2 reúne os eixos e vetores específicos utilizados como referencial para o desenvolvimento do PRÓ-SAÚDE, apresentando pequenas alterações no conteúdo esquemático da estratégia proposta e a nomenclatura atribuída ao eixos norteadores, entre as duas edições (2005 e 2007).

Quadro 2 - Eixos de desenvolvimento e respectivos vetores específicos de referência do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, edições I e II.

EIXOS	Vetores específicos	
	PRÓ-SAÚDE I	PRÓ-SAÚDE II
Orientação teórica -A-	1. Determinantes de saúde e doença 2. Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS 3. Pós-graduação e Educação Permanente	A.1 Determinantes de saúde e doença A.2 Pesquisa ajustada à realidade local A.3 Educação Permanente
Cenários de prática -B-	4. Integração docente-assistencial 5. Diversificação de cenários do processo de ensino 6. Articulação dos serviços universitários com o SUS	B.1 Integração ensino-serviço B.2 Utilização dos diversos níveis de atenção B.3 Integração dos serviços próprios da IES com os serviços de saúde
Orientação pedagógica -C-	7. Análise crítica da Atenção Básica 8. Integração ciclo básico/ciclo profissional 9. Mudança metodológica	C.1 Integração básico-clínica C.2 Análise crítica dos serviços C.3 Aprendizagem ativa

Fontes: Brasil<sup>51</sup>; Brasil<sup>53</sup>. Adaptado.

A adesão ao programa em sua primeira edição – PRÓ-SAÚDE I, (2005) era feita por meio da submissão de projeto (um projeto por curso) com formalização de compromisso do dirigente máximo da Instituição de Ensino Superior (IES) junto ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério da Educação (MEC), conforme o edital de seleção e demais publicações. Os projetos deviam ser apreciados pelos colegiados dos cursos de graduação em saúde e estarem acompanhados de uma carta-compromisso da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A seleção dos projetos realizava-se por meio da comissão assessora nacional que avaliava a conformidade da proposta com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

No PRÓ-SAÚDE II (2007), o conteúdo do projeto (um projeto por instituição englobando mais de um curso) segue recomendações da publicação “PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial”<sup>53</sup>. O encaminhamento dos projetos é realizado pelas IES conjuntamente com a SMS e a SES, com formalização de ajuste entre o gestor municipal e/ou estadual, o dirigente máximo da IES e o MS e MEC. No processo de seleção, considera-se o compromisso de implementação em parceria e a priorização de projetos que

ênfatem o eixo “Cenários de prática”, bem como os projetos de instituições que receberam o PRÓ-SAÚDE I<sup>52</sup>.

Como mecanismos de condução nacional, acompanhamento e avaliação, o PRÓ-SAÚDE I previa a constituição de um conselho consultivo e as comissões assessora e executiva. O conselho consultivo desta primeira versão do programa foi composto por significativo número de órgãos e instituições governamentais, além daquelas representativas do movimento estudantil, e conselhos e associações profissionais<sup>XXII</sup>. A comissão executiva era composta por quatro membros, indicados pelos MS e MEC, ficando a sua coordenação a cargo da SGTES. Cabia à comissão executiva a administração do programa, apoio técnico e avaliação dos projetos executados. À comissão assessora, atribuiu-se o comando das ações de seleção, acompanhamento e avaliação do “desenvolvimento dos projetos dos cursos de graduação” participantes do programa. Dentre os componentes da comissão estavam “gestores do SUS e profissionais de notória especialização em Educação Médica, Educação em Enfermagem e Educação em Odontologia”, indicados também pela SGTES. O incentivo financeiro para a implantação dos projetos ficava a cargo da programação orçamentária do Ministério da Saúde<sup>51</sup>.

Em relação aos instrumentos de acompanhamento e avaliação no PRÓ-SAÚDE II, tem-se a constituição da Comissão Estadual de Acompanhamento do PRÓ-SAÚDE e a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, compostas respectivamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), das IES e dos municípios com projetos do programa; e dos coordenadores dos projetos, do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), dos docentes e dos discentes participantes. As estruturas de condução nacional já existentes (comissões assessora e executiva e o conselho consultivo) foram mantidas, passando apenas por alguns ajustes no que se refere à quantidade de

---

<sup>XXII</sup> Os membros do conselho consultivo do PRÓ-SAÚDE I provinham das seguintes instituições: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Ministério da Educação - Secretaria de Educação Superior; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; Organização Mundial de Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde - OMS/OPAS; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS; Conselho Federal de Medicina-CFM; Conselho Federal de Enfermagem-COFEN; Conselho Federal de Odontologia-CFO; Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM; Associação Brasileira de Ensino Odontológico-ABENO; Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação Brasileira de Odontologia - ABO; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina- DENEM; Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem -ENEEnf; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia- DENEON; Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior- ANDIFES; e Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras-CRUB<sup>51</sup>.

componentes representando os órgãos envolvidos e à redefinição de papéis<sup>XXIII</sup> 52. O financiamento do PRÓ-SAÚDE II fica a cargo dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde, com repasse para os fundos municipais e estaduais de saúde, e também por meio de convênios ou outros instrumentos de repasse firmados com as IES selecionadas<sup>52,54</sup>.

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

As experiências com os projetos vigentes de reorientação da formação profissional em saúde vinham fortalecendo ainda mais a parceria interministerial Saúde e Educação e, como forma de aprimoramento e ampliação do PRÓ-SAÚDE, é instituído no ano de 2007, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE, através da portaria interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007, revogada em 26 de agosto de 2008 pela portaria nº 1.802. Atualmente, o programa está instituído pela portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010<sup>XXIV</sup>.

O PET-SAÚDE se caracteriza como instrumento para viabilizar a qualificação profissional de estudantes de saúde, tanto de graduação quanto de pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização. O programa evidencia ainda a necessidade de incentivos às capacidades de profissionais e docentes envolvidos no processo de reorientação da formação com vistas às necessidades do SUS, bem como entende a importância de que as necessidades dos serviços de saúde se tornem objeto de pesquisa e fonte de produção do conhecimento no interior das instituições acadêmicas<sup>55, 56</sup>.

Alinhado aos objetivos do PRÓ-SAÚDE, o PET-SAÚDE orienta-se ao desenvolvimento de propostas sustentadas nos seguintes aspectos, dentre outros:

- “estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;

---

<sup>XXIII</sup> Na prática, redefiniu-se a atribuição da comissão executiva do PRÓ-SAÚDE II, ficando a cargo desta apenas a elaboração do edital de seleção do programa, em virtude da criação de comissões para gestão estadual e municipal das propostas<sup>52</sup>.

<sup>XXIV</sup> Entretanto, este texto contém informações acerca da caracterização do programa obtidas por meio das portarias e editais anteriores (já revogados), em virtude de estarem em execução para o biênio 2010/2011, projetos formulados com base na Portaria 1.802, de 26 de agosto de 2008.

- desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
- induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
- fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde”.

Os projetos do PET-SAÚDE devem contemplar aspectos que favoreçam a interdisciplinaridade, a atuação coletiva dos bolsistas de diferentes cursos, as relações entre discentes e docentes das IES e os atores envolvidos com o programa, e a inserção na comunidade, tendo em vista a realização de atividades de integração ensino-serviço com foco na atenção básica à saúde. As propostas devem ainda apresentar ao aluno candidato a participar do grupo tutorial, um plano de pesquisa em atenção básica. Cada projeto institucional deve contemplar um coordenador, e cada grupo PET deve ser formado por um tutor acadêmico, responsável pela condução das atividades desempenhadas por até 30 alunos participantes, sendo 12 deles bolsistas de iniciação ao trabalho, sob orientação de preceptores nos serviços de saúde<sup>56, 57, 58</sup>. A adesão ao programa ocorre por meio do desenvolvimento de projeto, para vigência de 12 meses, segundo edital específico lançado pelos Ministérios da Saúde e Educação, devendo ser assinado conjuntamente pelo gestor municipal e pela instituição de ensino superior (IES). É também de responsabilidade conjunta destes atores, a definição dos critérios de seleção dos profissionais de saúde aptos a exercer a função de preceptoria. De acordo com a portaria que instituiu o PET-SAÚDE no ano de 2010, o programa pode lançar mão de editais temáticos nas áreas estratégicas de consolidação do SUS<sup>XXV 56</sup>. Prevê-se ainda que as propostas sejam encaminhadas às Comissões de Integração Ensino-Serviço e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS)<sup>57</sup>.

A condução nacional do PET-SAÚDE fica a cargo do DEGES/SGTES, que tem a atribuição de apreciar as propostas, sugerir mecanismos de funcionamento, aprimoramento e avaliação dos grupos PET. As instituições de ensino superior têm a atribuição de selecionar os estudantes e os tutores acadêmicos, já as secretarias de saúde indicam os nomes dos preceptores. Os procedimentos de avaliação e acompanhamento dos projetos ficam a cargo da

---

<sup>XXV</sup> Em 2010, no âmbito do PET-SAÚDE, foram criados os PET-SAÚDE/Saúde da Família, PET-SAÚDE/Vigilância em Saúde e PET-SAÚDE/Saúde Mental. Este recente processo está brevemente referido no item 3.3.3 deste capítulo.

Comissão de Avaliação do PET-SAÚDE<sup>XXVI</sup> a qual se manifesta em relação ao desempenho dos grupos tutoriais e da necessidade de expansão ou extinção dos mesmos<sup>58</sup>.

Os incentivos à implementação dos projetos ocorrem por meio da oferta de bolsas, com valores definidos pelos editais de seleção, aos estudantes selecionados, aos tutores dos grupos e aos preceptores nos serviços de saúde. As modalidades de bolsa concedidas são: (1) as de iniciação ao trabalho, destinadas aos alunos participantes, (2) as de tutoria acadêmica, tendo em vista a orientação tutorial exercida pelos docentes das IES aos alunos no desempenho de suas atividades, e (3) as de preceptoria, concedidas ao profissional dos serviços de saúde acolhedores dos grupos tutoriais<sup>56</sup>. O recebimento do incentivo por meio das bolsas está condicionado à constituição e manutenção, sob atribuição da IES, dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica. Estes são espaços para a construção de projetos de mudanças curriculares, capacitação dos tutores e preceptores, e revisão de diretrizes clínicas na Atenção Básica<sup>XXVII 55</sup>. O pagamento mensal das bolsas aos participantes do PET-SAÚDE fica a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FNS), com recursos provenientes do orçamento do Ministério da Saúde. O gerenciamento das informações relativas ao programa, principalmente aquelas referentes à entrada/desligamento de bolsistas, suspensão e concessão de bolsas, bem como o acompanhamento mensal dos pagamentos (a cargo do coordenador do programa na IES), é realizado pelo Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – SIG-PET-SAÚDE, mantido sob a responsabilidade do DEGES/SGTES<sup>59</sup>.

O quadro 3 abaixo apresenta as principais características e aspectos referentes à operacionalização dos programas PRÓ-SAÚDE I e II e PET-SAÚDE.

---

<sup>XXVI</sup> A Comissão de Avaliação do PET-SAÚDE é composta da seguinte forma: dois representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (SGTES/MS); um representante de cada órgão ou Secretaria do Ministério da Saúde, vinculado à área estratégica do SUS, relacionada ao PET Saúde/Temático instituído, quando for o caso; um representante da Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC); um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

<sup>XXVII</sup> Atualmente, os Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica estão mencionados na Portaria Conjunta nº 2, de 3 de março de 2010, que instituiu o PET-SAÚDE/Saúde da Família. Segundo a publicação, este espaço deve ser composto pelos seguintes membros: bolsistas das três modalidades de bolsas previstas no PET Saúde; representante da IES; professores e/ou pesquisadores vinculados aos cursos de graduação integrantes do PET Saúde/SF; outros estudantes de graduação; residentes de medicina de família e comunidade ou de residência multiprofissional em Saúde da Família, onde houver estes programas<sup>60</sup>.

Quadro 3 - PRÓ-SAÚDE I e II e PET-SAÚDE: características e operacionalização.

	<b>PRÓ-SAÚDE</b>	<b>PET-SAÚDE</b>
<b>Objetivos</b>	<p>Integração ensino-serviço</p> <p>Abordagem integral do processo saúde-doença, promoção da saúde</p> <p>Atenção Básica</p>	<p>Integração ensino-serviço-comunidade</p> <p>Formação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família</p> <p>Incentivo ao ingresso dos profissionais dos serviços na docência; capacitação docente</p> <p>Inserção das necessidades dos serviços na produção acadêmica</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Deslocamento do atual modelo de formação dos profissionais</p> <p>Educação profissional como um processo permanente</p> <p>Equilíbrio entre excelência técnica e os fatores de ordem social</p>	<p>Novas práticas de atenção e experiências pedagógicas</p> <p>Fortalecimento dos serviços de saúde como espaços de produção científica e de aprendizagem pelo trabalho</p>
<b>Adesão e seleção</b>	<p>Fase I: um projeto por curso; compromisso firmado entre IES e MS e MEC; apreciação pelo colegiado do curso; carta-compromisso da SMS</p> <p>Fase II: um projeto por IES; formulado e implementado em parceria com SMS e SES; valorização do eixo “Cenários de práticas” e das IES participantes da fase I</p>	<p>Projeto anual assinado pelo gestor municipal e a IES; critérios de seleção dos preceptores definidos em conjunto; encaminhamento à CIES e pactuação na CIB</p>
<b>Cursos contemplados</b>	<p>Fase I: Enfermagem, Medicina e Odontologia</p> <p>Fase II: Todos os cursos da área da saúde</p>	<p>Todos os cursos da área da saúde</p>
<b>Incentivos para implantação, instâncias e mecanismos de avaliação</b>	<p>Fase I: seleção, acompanhamento e avaliação centralizados nas instâncias nacionais</p> <p>Fase II: gestão e avaliação também atribuída às instâncias locais e regionais</p> <p>Financiamento: por meio de recursos do MS, através de repasse fundo a fundo para gestão municipal ou estadual; celebração de convênios</p>	<p>Bolsas de iniciação ao trabalho, preceptoria e tutoria acadêmica</p> <p>Acompanhamento e avaliação pela Comissão de Avaliação do PET-SAÚDE</p> <p>Criação do SIG-PET-SAÚDE</p> <p>Criação e manutenção dos Núcleos de Excelência Clínica na Atenção Básica</p>

Fonte: Elaboração própria, dezembro de 2010

### 3.3.3 Uma breve análise da implantação da política no período

O PRÓ-SAÚDE I contemplou 90 cursos dos 181 projetos candidatos, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia<sup>61</sup>. Os projetos receberam incentivos financeiros num

total de nove milhões de reais, repassados para os fundos de saúde de 49 municípios participantes em todo o Brasil<sup>62</sup>. No PRÓ-SAÚDE II, 68 projetos de instituições de ensino superior foram aprovados, contemplando 354 cursos da área de saúde, representando um aumento importante no número de cursos participantes, entre os anos de 2005 e 2007. O repasse financeiro para implantação dos projetos, para os anos de 2008, 2009 e 2010, é de cerca de cinquenta e três milhões de reais<sup>63</sup>, envolvendo 77 secretarias de saúde.

No caso do PET-SAÚDE, foram aprovados 84 projetos de 68 instituições de ensino superior em parceria com 71 secretarias de saúde, tendo sido constituídos em 2009, 306 grupos PET-Saúde. Neste ano, participaram do programa cerca de onze mil estudantes, com concessão de pouco mais de cinco mil bolsas para tutores, preceptores e estudantes-monitores<sup>61, 64, 65</sup>. Em fevereiro de 2010, 111 projetos foram aprovados, envolvendo 84 IES e 96 secretarias de saúde, constituindo-se 461 grupos tutoriais sob a temática “Saúde da Família”<sup>XXVIII</sup>. Em maio do mesmo ano, mais 70 projetos foram aprovados com a conformação de 122 grupos PET temáticos de Vigilância em Saúde (VS), envolvendo 60 IES e 59 secretarias de saúde. Para o PET-Saúde/Saúde da Família, são concedidas por volta de 8.700 bolsas/mês e registra-se a participação de cerca de dezessete mil estudantes bolsistas e não-bolsistas, preceptores e tutores. O PET-Saúde/VS concedeu cerca de 1.300 bolsas/mês no ano de 2010<sup>XXIX</sup>

A tabela 1, a seguir, agrupa as informações relacionadas ao número de cursos e projetos contemplados pelos dois editais do PRÓ-SAÚDE (2005 e 2007), ao quantitativo de instituições acadêmicas e secretarias de saúde envolvidas na implantação das ações, além do total de recursos financeiros repassados tendo em vista a execução dos projetos.

Tabela 1- Número de cursos e projetos contemplados, IES e Secretarias de Saúde envolvidas e total de recursos financeiros empregados nas duas edições do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. Brasil, 2010.

	Cursos contemplados	Projetos contemplados	IES envolvidas	Secretarias de saúde envolvidas	Recursos financeiros (em milhões de reais)
<b>PRÓ-SAÚDE I (2005)</b>	90	90	62	49	9
<b>PRÓ-SAÚDE II (2007)</b>	354	68	68	77	53*

\* Valor aproximado / Fontes: SGTES/MS, www.portal.saude.gov.br, dezembro de 2010 / Portaria nº 48, de 30 de junho de 2006; Portaria nº 1282, de 25 de junho de 2008.

<sup>XXVIII</sup> Para efeitos de publicização dos resultados da política, a SGTES/DEGES tem considerado todos estes grupos tutoriais como integrantes do PET-SAÚDE/Saúde da Família, embora sejam grupos constituídos por meio dos projetos selecionados pelo Editais nº 12, de 3 de setembro de 2008 e nº 18, de 16 de setembro de 2009, quando o Programa estava instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.

<sup>XXIX</sup> Fonte: SGTES/MS, www.portal.saude.gov.br, acesso: dezembro de 2010.

Comparando-se os dados presentes na tabela 1, é possível evidenciar a ampliação ocorrida na política, registrada, principalmente pelo maior número de cursos contemplados (quase quatro vezes mais cursos em 2007, em relação a 2005) e, conseqüentemente, pelo envolvimento de maior número de secretarias de saúde (instâncias fortemente valorizadas pela política), e aumento no volume de recursos financeiros disponibilizados.

Os dados apresentados na tabela 2 tratam do número total de projetos contemplados, grupos tutoriais constituídos, IES e Secretarias de Saúde envolvidas e bolsas concedidas, além do detalhamento do número de cada um dos distintos grupos de participantes do PET-SAÚDE, nos anos de 2009 (referente ao edital de seleção de 2008) e 2010 (referente ao edital de seleção de 2009 para o biênio 2010-2011). A comparação entre os dois anos de implementação do PET-SAÚDE revela significativa ampliação do programa, ao aumentar (e em alguns casos, mais que duplicar) o número de projetos aprovados, a quantidade de atores mobilizados e os incentivos concedidos por meio das bolsas de tutoria, preceptoria e monitoria (estudantes-bolsistas).

Tabela 2 - Número de projetos contemplados, grupos PET constituídos, IES e Secretarias de Saúde envolvidas, bolsas concedidas e participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Brasil, 2010.

	2009	2010 <sup>1</sup>
Projetos contemplados	84	181
Grupos constituídos	306	583
IES participantes	68	144
Secretarias de Saúde envolvidas	71	164 <sup>2</sup>
Bolsas concedidas	5.814	10.101
Tutores	306	583
Preceptores	1.836	3.010
Participantes		
Estudantes bolsistas	3.672	6.508
Estudantes não-bolsistas	5.508	8.298 <sup>3</sup>
Total	11.322	18.399

<sup>1</sup> Para o biênio 2010/2011, números e valores agrupados para os grupos PET-SAÚDE/Saúde da Família e PET-SAÚDE/Vigilância em Saúde.

<sup>2</sup> Valor global. Pode haver duplicidade.

<sup>3</sup> Número de não-bolsistas correspondente aos grupos Pet-Saúde/Saúde da Família. Para o Pet-Saúde/Vigilância em Saúde não há registros de estudantes não-bolsistas.

Fontes: SGTES/MS, [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br), dezembro de 2010 / Portaria conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009; Portaria nº 4, de 02 de fevereiro de 2009.

Entre 2005 e 2010, o principal instrumento legal e normativo dos programas foi a portaria, com um total de 71 documentos publicados no âmbito do PRÓ-SAÚDE e 17 relativos ao

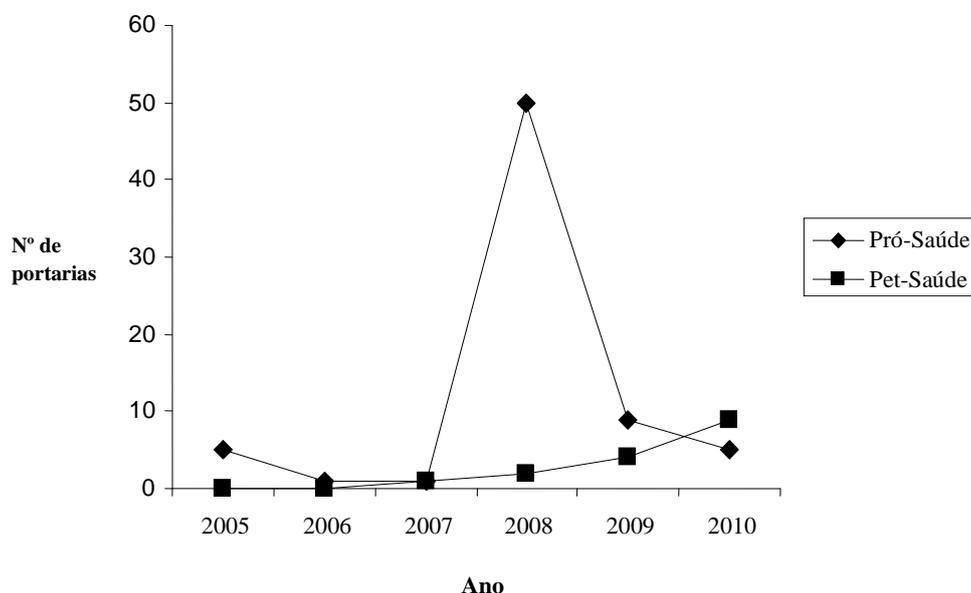
PET-SAÚDE (até dezembro de 2010). No que se refere ao PRÓ-SAÚDE, a maior parte destas portarias foi editada em 2008, aprovando os planos de trabalho das instituições relacionadas e a transferência de recursos financeiros. Nos anos 2009 e 2010, as portarias trataram da prorrogação destes planos de trabalho e da gestão financeira dos aportes para o programa. Os documentos atribuídos ao desenho e implantação do PET-SAÚDE demonstram haver, no decorrer dos anos desde a sua criação (2007), uma seqüência de ações assim ordenada: (1) portaria de criação do Programa; (2) homologação do resultado da seleção de projetos<sup>xxx</sup> e; (3) estabelecimento de diretrizes de execução das ações e de concessão de incentivos. Em 2010, esta seqüência se intensifica no interior da criação dos PET-SAÚDE temáticos (Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental), ampliando o quantitativo de portarias publicadas.

A análise comparativa da evolução do número de portarias dos dois programas (Gráfico 1) demonstra haver um processo mais efetivo de implementação do PRÓ-SAÚDE no período entre 2007 e 2008, após o desenho inicial do programa em 2005 e 2006. Na seqüência, verifica-se uma gradual priorização das ações referentes ao PET-SAÚDE nos dois anos seguintes (2009 e 2010). Dessa forma, duas situações estão assim caracterizadas: (1) a ampliação do PRÓ-SAÚDE e o desenho inicial do PET-SAÚDE entre 2007 e 2008 e; (2) os anos de 2009 e 2010 representando a efetiva implantação do PET-SAÚDE, sem novas ações no âmbito do PRÓ-SAÚDE.

---

<sup>xxx</sup> Esta etapa é precedida pela submissão dos projetos mediante edital

**Gráfico 1 - Evolução do número de portarias editadas no âmbito do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE, Brasil - 2005 a 2010.**



Fonte: SaúdeLegis/MS, acesso: 09 de dezembro de 2010

O período de 2005 a 2010 pode ser subdividido em dois distintos momentos da política nacional. O primeiro (2005 e 2006) destaca-se pelos passos iniciais da política nos quais se revelou maior preocupação com aspectos estruturais e administrativos, com a composição das comissões e conselho consultivo do PRÓ-SAÚDE, tendo em vista o processo de condução, acompanhamento e avaliação nacional das propostas a serem implementadas. Esta fase da política, que corresponde também ao primeiro momento do PRÓ-SAÚDE (PRÓ-SAÚDE I), se caracteriza por ter um caráter restritivo quanto ao escopo de profissões da área da saúde contempladas pela iniciativa. São elas: Enfermagem, Medicina e Odontologia. É ainda característica deste período o protagonismo das Instituições de Ensino Superior (IES) para a formulação e implantação das propostas e para a constituição das instâncias de acompanhamento e avaliação.

O ano de 2007 representa o início de significativas transformações na trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde. É neste ano que se cria a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde<sup>XXXI</sup>, demarcando um novo

<sup>XXXI</sup> A comissão foi criada pelo Decreto presidencial de 20 de junho de 2007.

momento no desenho da política pautado por um processo de ampliação e amadurecimento de suas bases estruturantes e mudanças em suas diretrizes de implementação.

O segundo momento, delimitado pelos anos de 2007 e 2010, é marcado por importantes inflexões na política de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. É deste período a ampliação do PRÓ-SAÚDE para as demais profissões da área da saúde; as mudanças basilares nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e a criação do PET-Saúde. No entanto, mesmo com as transformações anunciando um novo rumo da política, é evidente a perspectiva de continuidade nos elementos que configuram o arcabouço teórico entre os dois momentos do PRÓ-SAÚDE e a chegada do PET-SAÚDE, estando as inflexões muito mais relacionadas à inclusão de novas ações, potencializadoras dos eixos centrais da política. Estas inflexões, por exemplo, não implicaram, inicialmente, uma recomposição do conjunto de atores compondo as comissões e conselhos de condução nacional da política<sup>xxxii</sup>.

Uma mudança significativa deste período (2007-2010) foi a transição do protagonismo das IES para a valorização, pelo marco legal e normativo, das instâncias decisórias do SUS na elaboração e discussão dos projetos reorientadores da formação profissional em saúde. Destaca-se a mobilização dos atores das gestões estadual e municipal na implementação local da política, com ativa participação na construção conjunta das propostas, no estabelecimento de parcerias (relação IES – Processo decisório do SUS – Serviços de Saúde) e na composição de comissões estadual e local para gestão dos projetos. Outro aspecto relevante deste novo momento é a inclusão dos programas nas discussões dos distintos espaços de condução da política de saúde estadual e local (SES, SMS, CES, CMS etc.), bem como de representantes destas instâncias no processo de implementação dos programas. São também relevantes, para este período da política (2007 – 2010), os esforços na destinação de recursos financeiros tendo em vista a readequação dos serviços de saúde enquanto cenários de práticas, e o aprimoramento dos instrumentos e aspectos conceituais da política, na busca pelo fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

A importante inflexão ocorrida na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no ano de 2007, compreendeu o estabelecimento de novas diretrizes e estratégias de

---

<sup>xxxii</sup> Um processo de recomposição ou reconfiguração de instâncias de condução nacional da política foi mais substancial com o avançar do PET-SAÚDE.

consolidação, à luz dos Pactos pela Saúde, pela Vida e de Gestão (2006)<sup>xxxiii</sup>. A principal mudança foi a transferência da condução da política dos Pólos de Educação Permanente para os Colegiados de Gestão Regional (CGR), no interior dos quais se prevê a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). As CIES se caracterizam como comissões intersetoriais e interinstitucionais permanentes, com a atribuição de promover apoio e cooperação técnica aos CGR na elaboração e implantação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, negociados e discutidos na CIB e no Conselho Estadual de Saúde<sup>66</sup>.

Especificamente, em relação à criação do PET-SAÚDE, neste período, o programa teve três portarias que o instituíram, em 2007 (criação do programa), 2008 e 2010, demarcando a sucessiva incorporação de mudanças nas diretrizes do programa, com a realização de ajustes na implementação e nas suas bases estruturantes. Em sintonia ao processo de valorização de novos atores e instâncias do SUS, iniciado no âmbito do PRÓ-SAÚDE, o PET-SAÚDE desenhou uma maior articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), no que tange à condução nacional; valorizou o profissional dos serviços de saúde e os alunos de graduação dos cursos de saúde; e estabeleceu o encaminhamento dos projetos às Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite. O pagamento de incentivos e bolsas, bem como os novos mecanismos de manutenção, acompanhamento e avaliação compuseram o importante conjunto de inovações decorrentes deste período orientado numa perspectiva de continuidade e amadurecimento da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

A partir de 2010, além da publicação da nova portaria que instituiu o PET-SAÚDE, o programa vivencia novos rumos, com criação de enfoques temáticos do PET-SAÚDE nas áreas de Saúde da Família, Vigilância da Saúde e Saúde Mental, embora se mantenha a perspectiva de continuidade do desenho da política. De algum modo, este processo recente pode indicar já o início de um terceiro momento de institucionalização da política federal de reorientação da formação profissional em saúde, pautado pelo avanço na diversificação de atores e instâncias nas variadas frentes de atuação do sistema de saúde, para além daquelas voltadas para a consolidação da atenção básica.

---

<sup>xxxiii</sup> O Pacto pela Saúde 2006 foi divulgado, juntamente com a aprovação das suas diretrizes operacionais, pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. A operacionalização dos Pactos pela Vida e de Gestão está delineada na Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Estes dois marcos, dentre outros, estão considerados no texto da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que instituiu as novas diretrizes da PNEPS.

O quadro 4, a seguir, resume os principais aspectos dos dois momentos acima descritos, caracterizando-os e destacando os marcos que nortearam as transformações na trajetória das ações no âmbito da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Quadro 4 - Aspectos referentes ao desenho da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, no âmbito do SUS, em dois momentos distintos. Brasil, 2005 a 2010.

<b>Período</b>	<b>Caracterização</b>	<b>Principais aspectos</b>
<b>2005 a 2006</b>	Fase inicial “Primeiros passos de institucionalização”	<p>Preocupação com aspectos estruturais e administrativos para o desenho da política;</p> <p>Composição de comissões e conselho consultivo para seleção de propostas, acompanhamento e avaliação</p> <p>Protagonismo das IES no processo de formulação e implantação das propostas</p> <p>Período coincidente com o PRÓ-SAÚDE I</p> <p>Restrito aos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia</p>
<b>2007 a 2010</b>	Fase de ampliação e aprimoramento do desenho da política “Importantes mudanças”	<p>Segunda fase do PRÓ-SAÚDE (PRÓ-SAÚDE II); ampliação para os demais cursos da área da saúde</p> <p>Criação do PET-SAÚDE</p> <p>Valorização das instâncias decisórias do SUS, nos níveis estadual e municipal, na elaboração e implementação das propostas</p> <p>Valorização dos profissionais de saúde (preceptores) e dos alunos inseridos na política</p> <p>Incrementos no aporte de recursos financeiros, na provisão de incentivos e bolsas</p> <p>Fortalecimento do processo de acompanhamento e avaliação em instâncias loco – regionais</p> <p>2010: Novos rumos no PET-Saúde com a criação dos programas PET temáticos</p>

Fonte: elaboração própria, dezembro de 2010.

#### **4. TRAJETÓRIA, CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL E ATORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA**

Este capítulo apresenta aspectos da trajetória percorrida pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pela Faculdade de Odontologia da UFBA (FO-UFBA) no cenário das principais iniciativas para mudanças na formação profissional na área da saúde na Bahia, a partir da década de 1970<sup>XXXIV</sup>. Busca elucidar o contexto político-institucional no qual estão inseridas as organizações mobilizadas em torno da implementação dos programas PRÓ-SAÚDE II e PET-SAÚDE no curso de odontologia da UFBA. Descreve sucintamente o conjunto de atores envolvidos no processo de implantação da política, evidenciando a formação e trajetória profissional dos distintos grupos institucionais, bem com as suas visões dos eixos norteadores da política. Por fim, tece algumas notas acerca das tendências do atual mercado de trabalho em odontologia no estado da Bahia, considerando que os seus elementos dialogam com o processo de formação do cirurgião-dentista e, portanto, influenciam a implantação das ações propostas pelos programas.

##### **4.1 As experiências pretéritas de reforma curricular e de integração ensino-serviço de 1970 a 1990**

A Universidade Federal da Bahia tem a sua trajetória marcada por experiências de transformação dos cursos de formação profissional em saúde, moldadas por contextos político-institucionais distintos que implicaram em avanços e retrocessos, especialmente nas relações entre as instituições de ensino e a gestão estadual da saúde.

Nos anos 70, o contexto interno da UFBA era de mobilização dos dirigentes e professores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) em torno dos movimentos de Medicina Comunitária, os quais influenciaram as mudanças das disciplinas do campo da Medicina Preventiva e Social e, na pós-graduação, a reestruturação do curso de mestrado em Medicina Comunitária ligado àquele departamento.

---

<sup>XXXIV</sup> Este corte temporal se justifica pelo fato da década de 70 marcar o início das discussões em torno da questão da saúde que forneceu o aporte teórico-conceitual do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que, mais tarde, se expressou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na maior parte da década de 1970, as relações entre a Universidade e a gestão estadual da saúde se desenvolveram por meio de iniciativas pontuais dos grupos institucionais mais progressistas da SESAB e aqueles oriundos do Departamento de Medicina Preventiva da FAMEB, porém minoritários e periféricos no cenário da política estadual de saúde. A partir de 1975, no contexto de implantação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS, e do Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento – PIASS, se desencadeou um processo de valorização da atuação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia nas iniciativas do campo dos recursos humanos em saúde<sup>xxxv</sup>, primeiramente por meio do Centro de Treinamento da SESAB (CETRE), que foi ampliado, no final dos anos 70 e início dos 80, e denominado de Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU)<sup>xxxvi</sup>.

A passagem da década de 1970 para os anos 80 permaneceu pouco permeável à construção de uma política de saúde alinhada ao pensamento do movimento de reforma sanitária. No entanto, a indicação do professor Jorge Novis, oriundo da Faculdade de Medicina da UFBA, para secretário de saúde possibilitou o estreitamento das relações entre a Universidade e o CENDRHU da SESAB<sup>xxxvii</sup>. Nesse sentido, houve, nos anos iniciais da década de 1980, discussões em torno da formação de recursos humanos em saúde por meio da realização de seminários conduzidos pela Comissão de Integração Saúde-Ensino (CISE) do CENDRHU/SESAB, que resultaram na celebração de convênios com a UFBA. Esta comissão era responsável pelo desenvolvimento de ações interinstitucionais que englobavam o INAMPS, a UFBA e a SESAB.

Nesse contexto de mudanças na gestão da política estadual de saúde, membros da Universidade passam a compor as instâncias decisórias da SESAB, com apoio e mobilização

---

<sup>xxxv</sup> O PIASS e o PPREPS estruturaram-se a partir do contexto de implantação dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) que consideravam a necessidade de incorporar grupos excluídos do uso dos serviços de saúde. Os programas eram conduzidos pelo Ministério da Saúde, de modo conjunto, sendo o PPREPS fruto do acordo interministerial MS/Opas/MEC. Os principais aspectos do desenvolvimento destes programas estão relacionados ao apoio prestado às Secretarias Estaduais de Saúde, para o desenvolvimento de estratégias na área do planejamento de recursos humanos e a criação de Núcleos de Recursos Humanos nestas instâncias. Destaca-se, dentre outras ações, a facilitação da integração ensino-serviço (principalmente por meio dos projetos de Medicina Comunitária, desenvolvidos nos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades), associada ao debate em torno de um projeto alternativo de Sistema de Saúde<sup>67</sup>.

<sup>xxxvi</sup> A criação do CENDRHU na SESAB está relacionada à conjuntura favorável, no plano nacional, à modernização na área de recursos humanos em saúde, levada a cabo em alguns estados brasileiros. Representou “um processo progressivo de institucionalização das práticas educativas no interior das Secretarias Estaduais de Saúde”<sup>68</sup>. Na opinião de José Francisco Paranaguá de Santana<sup>69</sup>, o CENDRHU da SESAB se constituiu numa estrutura das mais organizadas, sendo considerado um dos órgãos de desenvolvimento de RH mais bem estruturados da época (anos 1980).

<sup>xxxvii</sup> O professor Jorge Novis ficou no cargo de Secretário Estadual de Saúde no período de 1979 a 1982.

da reitoria da UFBA<sup>XXXVIII</sup>. Desencadearam-se, então, em decorrência da implantação do Projeto IDA na UFBA, processos de integração docente assistencial, de modo pioneiro, nas unidades de saúde do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, caracterizado como o principal espaço de atuação da Universidade na rede de serviços existente. Ainda assim, o campo de recursos humanos em saúde não podia ser considerado um componente estratégico da gestão estadual, concentrando novamente suas iniciativas no interior dos espaços que atuavam de modo periférico, tanto na SESAB quanto na UFBA. O próprio desenvolvimento do Projeto IDA apresentava limites e se restringia basicamente a área materno-infantil (Ator3 – Gestor/Professor da UFBA).

A partir de 1987, o contexto político na Bahia altera-se radicalmente em virtude do resultado das eleições para o governo do estado, abrindo espaço para consolidação de um projeto político alinhado com os pressupostos da reforma sanitária. Novamente, o secretário de saúde indicado era oriundo da Faculdade de Medicina da Bahia e militante do movimento sanitário<sup>XXXIX</sup>. Dessa forma, aprofundou-se a participação dos membros da universidade no processo de construção da política estadual de saúde cuja direcionalidade pretendia o aprofundamento da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), e mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), fruto das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde. O CENDRHU, que a época passou a denominar-se Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NDRHU), ganhou importância no cenário de implantação das políticas de recursos humanos para o setor saúde, o que, dentre outras ações, suscitou o aprofundamento da integração ensino-serviço, a partir da definição dos papéis e do modo como as instituições deveriam se articular para o processo de reorientação da formação profissional em saúde.

Em 1989, o governador da Bahia renuncia e a política baiana, especialmente para o campo da saúde, vive um retrocesso entendido como o “fim do projeto inovador” vigente desde 1987. Tal fato implicou na saída de muitos membros da universidade que compunham o quadro da SESAB<sup>XL</sup>. Desse modo, os anos 90 são representativos do retorno à frágil relação entre a

---

<sup>XXXVIII</sup> O cargo de reitor era ocupado à época por um professor da Faculdade de Odontologia, sensível ao campo da Saúde Pública e aos processos de integração ensino-serviço.

<sup>XXXIX</sup> O Governador eleito para o mandato de 1987 a 1990 foi Francisco Waldir Pires de Souza, sendo o Vice-Governador o Sr. Nilo Coelho. Para o cargo de Secretário Estadual de Saúde, foi nomeado o professor Luiz Umberto Ferraz Pinheiro.

<sup>XL</sup> A renúncia do Governador Waldir Pires decorreu da sua candidatura a Vice-Presidente da República na chapa do candidato a Presidente Ulisses Guimarães, nas eleições de 1989. O governo da Bahia foi assumido pelo Vice-Governador Nilo Coelho que implicou, conforme apontam Aleluia, Couto e Oliveira<sup>70</sup> em “[...] tempos difíceis,

UFBA e a gestão estadual, se sustentando apenas pela atuação de alguns grupos das instituições envolvidas. Houve a redução das iniciativas que viabilizavam processos de integração ensino-serviço, situando o debate sobre o processo de reorientação da formação em saúde, majoritariamente, no interior da Universidade.

De modo geral, na década de 1990, a gestão da saúde na Bahia não incluiu políticas próprias em torno da reorientação da formação profissional em saúde. Nesse contexto, ganha destaque a implantação de políticas nacionais induzidas pelo Ministério da Saúde tais como o Programa de Saúde da Família. A UFBA, especialmente através do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), criado em 1995 pelo grupo de atores mobilizados no Departamento de Medicina Preventiva da FAMEB, envolveu-se na implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (Pólos-PSF) em todo o estado e, mais tarde, já nos anos 2000, na constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Nos anos de 93 e 94, a UFBA iniciou a execução do seu projeto no âmbito do chamado Programa UNI II, financiado pela Fundação Kellogg. Deflagrou-se um período de importantes discussões sobre os processos de construção de projetos pedagógicos, a partir de uma visão de escola afinada com o construtivismo, na tentativa de romper com a lógica dicotômica de ciclo básico e profissionalizante. O Programa UNI na UFBA promoveu debates envolvendo os cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Medicina Veterinária, Farmácia e Psicologia, desencadeando processos para implantação de novos currículos no interior das suas unidades de ensino. Importante destacar que estes processos de mudança ganharam força, no plano nacional, por meio da mobilização dos atores envolvidos nas universidades no interior da REDE UNIDA, que teve papel relevante na definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área de saúde, nos anos 2000.

O Programa UNI na UFBA ocorreu até o ano de 1998, já na sua terceira etapa. A experiência acumulada e as discussões promovidas representavam um avanço institucional, embora constrangimentos estivessem presentes, em virtude de alguns grupos contrários no interior da Universidade, que resistiam à reformulação de projetos pedagógicos dos cursos de saúde, obstaculizando um processo transformador mais radical<sup>XLI</sup>.

Como desdobramentos da implementação destas ações na UFBA destacam-se a constituição o

---

com greves, passeatas e vários conflitos de ordem político-social e manifestações de movimentos sociais que não eram simpatizantes das idéias desse governo”.

<sup>XLI</sup> Ressalta-se que os grupos defensores de mudanças eram minoritários em algumas unidades.

fórum Comunitário de Combate a Violência (FCCV)<sup>XLII</sup> que empreendeu discussões em torno da violência como um problema do campo da saúde, reunindo atores da Universidade Federal da Bahia, mobilizados com a implantação do UNI, as comunidades do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho e os profissionais dos serviços de saúde, contribuindo na articulação entre a instituição e as secretarias estadual e municipal de saúde e os serviços da rede pública de saúde, embora sempre marcada por avanços e retrocessos e sem constituir-se como uma frente estratégica de atuação da Secretaria Estadual de Saúde.

Não diferente do ocorrido na UFBA de modo geral, nestes anos das décadas de 1970 a 1990, a Faculdade de Odontologia passou por experiências na reorientação da formação superior em saúde. Nos anos 80, um projeto nacional denominado de CAPES/ABENO/Kellog<sup>XLIII</sup> foi implantado na instituição na tentativa de introduzir mudanças na formação do cirurgião-dentista. Este processo se sustentava na crítica ao modelo tecnicista e mercantil e fomentava a valorização do campo da Odontologia Social enquanto principal ativador de mudanças na formação superior em odontologia. Foi a partir das atividades deste projeto que a FO-UFBA passou por algumas mudanças na estruturação do curso de odontologia, expressas principalmente na disciplina de Odontologia Sanitária, e constituiu o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Odontologia Social (NEPOS). O NEPOS foi um importante espaço na Faculdade de Odontologia da UFBA, a partir dos anos 80, que visava à reestruturação curricular, o fortalecimento da área de Odontologia Social e discutia a constituição das clínicas extramurais, no âmbito da ampliação de cobertura proposta pela Odontologia Simplificada<sup>XLIV</sup>.

---

<sup>XLII</sup> O FCCV surgiu em 1996, como produto da implantação do Projeto UNI na UFBA, que identificou, junto à comunidade, ser a violência o principal problema de saúde da população. Desde então vem promovendo um amplo debate a respeito das diversas formas de violência, partindo da idéia de que são necessárias medidas intersetoriais de enfrentamento do problema, desenvolvidas a partir da articulação interinstitucional. Atualmente, o Fórum tem em sua composição 117 instituições integrantes, incluindo diversos órgãos públicos, universidades, empresariado, ONGs, associações, igrejas, assessorias jurídicas, secretarias da administração pública municipal e estadual, representantes do poder legislativo etc. Dentre as suas atividades, destaca-se a conformação do Observatório da Violência que tem reunido informações sobre a violência em Salvador, dando origem a dois amplos estudos de mapeamento denominados “O Rastro da Violência em Salvador”, o primeiro para o ano de 1997 e o segundo para o período de 1998 a 2001 (Fonte: <http://www.fccv.ufba.br/index.htm>, acesso em 24 de janeiro de 2011).

<sup>XLIII</sup> O projeto tem esta denominação em decorrência do convênio tripartite entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e a Fundação Kellog.

<sup>XLIV</sup> O modelo da Odontologia Simplificada compreendeu um período de iniciativas, no final dos anos 1970, que questionavam o modelo hegemônico denominado de Odontologia Científica ou Flexneriana. Pautou-se sob influências da atenção primária à saúde, na padronização da prática profissional, com diminuição das etapas procedimentais, dos custos e elementos considerados supérfluos, visando à simplificação e barateamento do serviço prestado, incorrendo, em tese, em maior produtividade e, conseqüentemente, em ampliação da cobertura<sup>71</sup>.

Na década de 1990, a FO-UFBA passou por um processo de reestruturação departamental, com a criação do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, incorrendo na extinção do NEPOS que, a época, se organizava já com o status de departamento dada a sua autonomia no interior da instituição. Além disso, a década de noventa foi um importante momento de transformação no âmbito das políticas de saúde motivado pela criação e implementação do SUS. Nesse contexto, a FO-UFBA, juntamente com outras unidades de ensino da Universidade que abrigavam cursos de graduação em saúde, esteve muito presente nas discussões em torno das atividades que envolviam o Distrito Docente Assistencial e na intensa atuação no Projeto UNI, conforme evidenciado anteriormente.

Assim como a UFBA, a Faculdade de Odontologia tem uma relação histórica com os serviços de saúde, fortalecida a partir da década de 1980, em especial com o Distrito Sanitário Barra – Rio Vermelho, demonstrando que na instituição já se apresentavam discussões em torno dos serviços de saúde bucal como cenários de prática e que recebiam alunos das disciplinas da matriz curricular do curso de odontologia, relativa ao desenvolvimento dos aportes teóricos da Saúde Coletiva.

No contexto do UNI, em 1997, a Faculdade de Odontologia realizou a sua primeira grande mudança curricular, na qual houve um substancial fortalecimento da área da Saúde Coletiva no processo de formação do estudante de odontologia. Este processo de reforma curricular promoveu a incorporação de elementos do campo da Saúde Coletiva (política de saúde, planejamento e gestão, epidemiologia etc) que estavam confinados na disciplina semestral de Odontologia Sanitária, em novas disciplinas. O novo currículo foi implantado no ano de 1998 e a principal mudança referia-se ao fato dos elementos curriculares serem ministrados ao longo do curso de graduação, na tentativa de perpassar todo o processo de formação do estudante de odontologia. Ainda no período do UNI, na perspectiva da incorporação da unidade acadêmica na rede pública de atenção à saúde, a FO-UFBA vivenciou, em 1996, a criação da Central de Atendimento ao Paciente (CAP) e a organização do arquivo odontológico, importantes instrumentos para organização da demanda atendida nos ambulatórios da Faculdade.

## 4.2 Contexto e atores mobilizados na implementação do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE

### 4.2.1 Contexto e atores no ambiente universitário

No âmbito da política de reorientação da formação profissional em saúde, a partir de 2005, a Universidade Federal da Bahia implantou no curso de medicina o projeto contemplado na primeira fase do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE I). Desde 2008, a universidade conta também com as ações do PRÓ-SAÚDE II, desenvolvidas por meio de um projeto institucional comum aos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Psicologia<sup>XLV</sup>. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), implantado em 2009, contempla ainda o curso de Serviço Social, aberto recentemente na Universidade.

Contemporaneamente à adesão institucional aos projetos da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, a Universidade Federal da Bahia vivencia um amplo processo de reforma universitária com a implantação do projeto “Universidade Nova” no âmbito do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)<sup>XLVI</sup>, do Ministério da Educação, como parte do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE/MEC).

A proposta “Universidade Nova” foi a base para o Plano de Expansão e Reestruturação da Arquitetura Curricular da UFBA, implantado entre 2008 e 2009<sup>XLVII</sup>. O plano, amplamente discutido por todas as unidades de ensino da UFBA, se propõe a realizar uma reforma radical

---

<sup>XLV</sup> O projeto do curso de medicina é também considerado no delineamento das ações deste projeto institucional  
<sup>XLVI</sup> O REUNI visa ao apoio de projetos de reforma universitária, por meio da ampliação do acesso e a permanência nos cursos universitários, a expansão da política de educação superior; a garantia da qualidade da educação pública, com a adequação e maximização da estrutura física das instituições públicas de ensino superior e o incremento na contratação de recursos humanos qualificados; a revisão da estrutura acadêmica e o desenvolvimento de novas metodologias de ensino aprendizagem, provendo instrumentos para a mobilidade, inclusão e assistência estudantil<sup>72</sup>.

<sup>XLVII</sup> Na Universidade Federal da Bahia, alguns movimentos antecedentes à chegada do REUNI já mobilizavam instâncias e atores institucionais, com importante articulação da Reitoria e da Pró-Reitoria de Graduação, levantando questionamentos concernentes à “estrutura, função e compromisso social da UFBA”, em 2005, quando da realização de estudos preliminares à definição do Plano Diretor, e em 2006, com a construção do Projeto UFBA Nova que abordava a reestruturação na arquitetura curricular na instituição. Tal projeto foi bastante difundido por eventos pelo país, durante os anos de 2006 e 2007, quando adquiriu a denominação de Universidade Nova<sup>73</sup>.

no modelo de universidade vigente no Brasil<sup>XLVIII</sup>, centrando as suas ações na ampliação e democratização do acesso à educação superior; oferta de cursos noturnos; ampla adequação e ampliação estrutural de apoio às atividades acadêmicas; e a implantação de uma arquitetura curricular baseada no regime de ciclos, representado pela criação dos Bacharelados Interdisciplinares, ofertados na Universidade desde 2009.

Nesse contexto, a construção do PRÓ-SAÚDE II da UFBA foi um processo que articulou a Universidade e as secretarias estadual e municipal de saúde tendo como principal objetivo o aprofundamento da “integração ensino-serviço, buscando implantar/implementar projetos político-pedagógicos, em consonância com as respectivas diretrizes nacionais curriculares, promovendo a formação inter/transdisciplinar, a partir de cenários de práticas diversificados e orientados na perspectiva da integralidade com ênfase na atenção básica à saúde”<sup>73</sup>. A proposta prevê a implementação de ações definidas conjuntamente pelas instituições envolvidas, alinhadas ao projeto do PRÓ-SAÚDE I do curso de medicina, às transformações suscitadas pelo REUNI, às ações de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas na UFBA, bem como ao desenho das políticas com foco na reorientação da formação profissional em saúde idealizadas pelas gestões municipal e estadual.

A proposta do PRÓ-SAÚDE II na UFBA está subdividida em duas partes, sendo a primeira um conjunto de diretrizes comuns aos seis cursos envolvidos, e a segunda que compreende subprojetos de cada um dos cursos. O tema da violência foi escolhido como o fio condutor central das ações, numa perspectiva interdisciplinar, tendo as unidades de saúde, o distrito sanitário e a comunidade como locais privilegiados de desenvolvimento das atividades. Na perspectiva de reestruturação dos projetos político-pedagógicos, as iniciativas foram

---

<sup>XLVIII</sup> Para Almeida Filho<sup>74</sup> o modelo de Universidade vigente no Brasil tem origens nos modelos universitários europeus do século XIX, referenciado pela fragmentação do conhecimento - dissociado dos problemas “da natureza, da sociedade, da história e da subjetividade humanas”. Este modelo é ainda o resultado de reformas universitárias incompletas das décadas de 1960-70, bem como da abertura de mercado e desregulamentação do ensino superior no Brasil nos anos 1980-90. Dentre as suas características, destacam-se as incoerências nas estruturas curriculares (“bastante confusas e diversificadas”), a multiplicidade de titulações e baixo grau de articulação dos programas de formação. O autor evidencia ainda, a precocidade das escolhas profissionais e o ingresso limitado e excludente ao sistema de ensino superior no país, além da elitização da educação universitária.

desenvolvidas por meio da Atividade Curricular em Comunidade (ACC)<sup>XLIX</sup>, numa proposta de trabalho baseada no “componente curricular nuclear para a formação de profissionais com competência formal e política, que proporciona uma formação contextualizada com as questões e com os problemas da realidade social”<sup>75</sup>. A ACC constituiu-se no principal instrumento que viabiliza um projeto comum (o projeto institucional) entre os cursos, no sentido de avançar em atividades multiprofissionais.

Os projetos contemplados e estruturados no formato de ACC se assemelham aos planos de ensino das disciplinas regulares dos cursos de graduação possibilitando, porém, o uso de metodologias inovadoras de aprendizagem e a livre escolha dos temas a serem trabalhados. A atividade ocorre com periodicidade semestral, podendo ter duração máxima de dois anos, e cada componente curricular prevê a inserção de, no máximo, 14 alunos provenientes de distintos cursos de graduação da UFBA, a depender da temática relacionada. Há ainda a previsão de concessão de bolsas de monitoria aos estudantes<sup>76</sup>.

Na fase de formulação do projeto do PRÓ-SAÚDE II em 2007/2008, os cursos envolvidos encontravam-se em diferentes momentos de sua trajetória na instituição. Alguns, como odontologia e enfermagem, mais antigos e inseridos na rede de serviços de saúde do SUS no município de Salvador; e outros vivenciando um processo mais recente de discussões acerca das readequações curriculares e de inserção no SUS, como Psicologia (que passava ainda pelo processo de criação de um instituto autônomo que o abrigaria, no âmbito do REUNI). Além do curso de fonoaudiologia cuja implantação é a mais recente. Por outro lado, dentre as motivações comuns aos cursos para a construção do projeto pela UFBA, destacam-se o esgotamento na distribuição dos campos de prática da rede pública municipal. Este esgotamento foi motivado, entre outros fatores, pela ampliação do número de cursos privados que passaram a utilizar a rede pública de serviços de saúde na atenção básica, evidenciando a urgência em se estabelecer uma aproximação com a secretaria municipal de saúde, a fim de promover o reordenamento do uso dos serviços de saúde pelas instituições de ensino de Salvador.

---

<sup>XLIX</sup> A Atividade Curricular em Comunidade (ACC) é uma iniciativa originada a partir do Programa UFBA em Campo, desenvolvido pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia, com vistas a uma “re-significação” da extensão universitária e da sua inter-relação com o ensino e os setores da sociedade. Compreende a oferta de componentes curriculares complementares desenvolvidos a partir do diálogo entre docentes, estudantes, comunidade e instâncias acadêmicas, para a constituição de práticas multi e transdisciplinares em torno da produção de conhecimentos sobre a realidade social<sup>76</sup>. Em 2003, a ACC institucionalizou-se como o principal e permanente instrumento de viabilidade da política de extensão universitária na UFBA, e vivencia um processo de expansão até o período atual.

As atividades (cursos, atividades de extensão, seminários, oficinas, dentre outras previstas no projeto) vêm sendo desenvolvidas em trinta estabelecimentos de saúde, dos quais doze são estaduais e dezoito municipais, localizados nos Distritos Sanitários Barra-Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário. O programa é conduzido pelo Comitê Gestor Local do PRÓ-SAÚDE (CGL-PRÓ-SAÚDE/UFBA), implantado em abril de 2009, que é coordenado pela vice-coordenação do programa na UFBA, tendo representantes de cada uma das unidades de ensino envolvidas, além de representantes da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS)<sup>L</sup>.

A Faculdade de Odontologia da UFBA apresenta um contexto interno de frágil inter-relação entre os três departamentos<sup>LI</sup> da instituição. O isolamento da unidade de ensino é um fator relevante na constituição de entraves nas relações da Faculdade com os outros centros de ensino da UFBA, como por exemplo, o Instituto de Ciências da Saúde (ICS), onde está alocada a maioria das disciplinas do ciclo básico dos cursos de saúde. Outro ponto importante do contexto em que se insere a Faculdade de Odontologia, assim como as demais unidades de ensino da Universidade, é a própria estrutura regimental acadêmica, ainda muito rígida e pouco resolutiva, com fragilidades no fomento a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, obstaculizadas pela baixa mobilidade estudantil e docente.

Assim, na FO-UFBA, especificamente para os professores do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, a possibilidade de aderir ao PRÓ-SAÚDE II foi vista como uma oportunidade de implementar ações para a superação do contexto descrito, a fim de promover uma maior visibilidade da reforma curricular que vem sendo discutida na instituição; fortalecer a constituição do Sistema de Informação em Saúde Bucal da FO-UFBA; e desencadear discussões mais aprofundadas nas questões historicamente levantadas no âmbito do SUS, como a atenção básica e a integralidade da atenção à saúde<sup>LII</sup>.

---

<sup>L</sup> Na prática, a representação do Conselho Municipal de Saúde de Salvador no CGL-PRÓ-SAÚDE/UFBA foi descontinuada, não sendo possível considerar esta instância como um ator de destaque no processo de implementação em estudo.

<sup>LI</sup> Os três departamentos da Faculdade de Odontologia da UFBA atualmente são: (1) Departamento de Clínica Odontológica; (2) Departamento de Propeidética e Clínica Integrada; e (3) Departamento de Odontologia Social e Pediátrica.

<sup>LII</sup> A expectativa na celebração de convênios com a SESAB para o fortalecimento da atenção de média e alta complexidade era considerada neste contexto em que o subprojeto de odontologia vinha sendo construído. A formalização destes convênios compreende a implantação/reestruturação do Centro de Referência em Cirurgia Bucomaxilofacial e Assistência à Pacientes com Necessidades Especiais; dos Serviços de Radiologia e Patologia e Cirurgia; e o Centro de Especialidades Odontológicas<sup>75</sup>.

O subprojeto do curso de odontologia foi construído a partir de um contexto em que, apesar dos avanços decorrentes das reformas curriculares prévias, mantinha-se baixa interação entre as disciplinas clínicas e aquelas do ciclo básico (conforme ocorrido em períodos anteriores), com maior ênfase nas ações curativas e de reabilitação, em detrimento às práticas preventivas e de promoção da saúde bucal. A Faculdade de Odontologia já apresentava uma significativa relação dos componentes teóricos com as práticas nos serviços de saúde, sendo, inclusive, uma unidade credenciada ao SUS, prestando atenção à saúde bucal na atenção básica e intermediária. No entanto, visualizavam-se limites internos no que diz respeito ao envolvimento com a comunidade usuária dos serviços, capacidade instalada insuficiente para a demanda e deficiências no acolhimento pela Central de Atendimento ao Paciente (CAP). O contexto também revelava a inexistência da multiprofissionalidade no processo de formação em odontologia e da integração com a rede SUS, prejudicando a referência e contra-referência. O quadro 5, a seguir, reúne os principais aspectos do contexto interno da FO-UFBA, de acordo com os eixos e vetores orientadores para a construção do projeto do PRÓ-SAÚDE II.

Quadro 5 - Quadro-resumo da situação da Faculdade de Odontologia da UFBA, segundo eixos e vetores específicos do PRÓ-SAÚDE II, 2008.

<b>Eixo A</b>	Vetor 1: Determinantes de saúde e doença	Interação inconsistente entre as disciplinas básicas e as clínicas e sociais Maior ênfase na reabilitação do que na promoção e prevenção
	Vetor 2: Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS	Nº crescente de pesquisas financiadas Pesquisas com foco nos problemas de natureza epidemiológica e biomédica Maior interação com os serviços de saúde Boa participação dos alunos de graduação nas pesquisas
	Vetor 3: Pós-graduação e educação permanente	Cursos de capacitação mediante convênios com a SESAB Tradição da FO-UFBA na formação de pessoal de nível auxiliar (ACD, THD, ACS) Pós-graduação <i>stricto sensu</i> voltada para a clínica e área básica Incipiente participação em programas EAD
<b>Eixo B</b>	Vetor 4: Interação ensino-serviço	Significativa quantidade de componentes curriculares com prática nos serviços Unidade credenciada ao SUS Disciplinas clínicas envolvidas na prestação de serviços Forte tradição em atividades extramurais Convênios com a SESAB Inexistência de estrutura interna formal para o controle social (Conselho Local)
	Vetor 5: Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem	Dificuldades na articulação entre a Rede e a CAP Insuficiente articulação com o Hospital Universitário Inexistência de práticas multiprofissionais
	Vetor 6: Articulação dos serviços universitários com o SUS	Serviços da FO-UFBA plenamente integrados ao SUS Alto grau de autonomia na definição de paciente Inexistência de mecanismos de referência e contra-referência
<b>Eixo C</b>	Vetor 7: Análise crítica da atenção básica	Pouca discussão acerca da organização dos serviços e da atenção integral nos processos saúde-doença Restrição às disciplinas de Saúde Coletiva Participação dos profissionais dos serviços apenas nas disciplinas de estágio
	Vetor 8: Integração do ciclo básico/ciclo profissional	Completa separação entre ciclo básico e ciclo profissional Disciplinas fragmentadas e estanques
	Vetor 9: Mudança metodológica	Diferentes estágios de incorporação das inovações curriculares Módulos teóricos com ensino centrado no professor e aulas expositivas para grandes grupos Processo incipiente de inclusão de metodologias ativas Ressalvas quanto à expansão proposta pelo REUNI

Fonte: Elaboração própria, fevereiro de 2011. A partir do subprojeto de Odontologia para o PRÓ-SAÚDE II, 2008.

A Faculdade de Odontologia da UFBA tem constituída uma comissão para a reestruturação do projeto político pedagógico do curso de graduação em odontologia, funcionando em caráter permanente desde 2002, que envolve representantes de todos os departamentos da unidade e

conta com a realização de seminários e oficinas para as discussões e deliberações de propostas. Em 2002, a FO-UFBA realizou a “1ª Oficina do Projeto Pedagógico da FO-UFBA”, tendo em vista a necessidade de ajustes no currículo do curso, em decorrência das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia<sup>LIII</sup>. Este processo de ajuste às DCN, aliado às transformações frente à permanência de um currículo segmentado em ciclo básico e ciclo profissionalizante, num contexto de pouca integração entre eles, se manteve nos anos subseqüentes e nos dias de hoje ainda é objeto central nos debates de reforma curricular do curso de odontologia da UFBA.

Nos anos de 2006 e 2007, houve dois momentos nesse sentido: o primeiro, que tratou da aprovação das normas para elaboração e apresentação do trabalho de conclusão de curso (TCC)<sup>LIV</sup>; e o segundo, reuniu docentes e alunos do curso de odontologia na I Oficina de Avaliação Institucional da FO-UFBA cuja pauta contemplava a revisão dos planos de ensino e ementas das disciplinas que compunham a matriz curricular do curso, à luz das DCN, tendo em vista o processo de avaliação do ensino superior pelo SINAES<sup>LV</sup>. O movimento de reforma curricular mais recente, iniciado entre 2009 e 2010, prevê mudanças importantes e volumosas na matriz curricular do curso de odontologia, resultando em transformações na estrutura departamental da Faculdade, e na necessidade de adequação física dos ambulatórios, salas de aula, laboratórios e demais instâncias de apoio técnico e administrativo da instituição.

De acordo com alguns relatos, a atuação da comissão para repensar o projeto político pedagógico do curso de odontologia da UFBA se depara, por vezes, com um contexto desfavorável à interlocução e disseminação de propostas inovadoras de ensino aprendizagem no interior da FO-UFBA, em virtude da existência de grupos institucionais com interesses, visões e abordagens pedagógicas distintas e, por vezes, conflitantes, oriundos tanto dos outros departamentos da unidade, quanto do próprio departamento de Odontologia Social e Pediátrica.

Nesse contexto, a comissão de reestruturação do projeto político-pedagógico tem realizado esforços para disseminar as discussões acerca da reforma curricular do curso na Faculdade de

---

<sup>LIII</sup> Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.

<sup>LIV</sup> O TCC de odontologia foi incluído no currículo do curso através da Portaria nº 02/06 do Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Bahia. A sua implantação iniciou-se, na prática, em 2010, para os alunos ingressantes no ano de 2007.

<sup>LV</sup> O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior está instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Desenvolve ações em três principais aspectos: (1) avaliação das instituições de ensino superior; (2) avaliação dos estudantes; e (3) avaliação dos cursos. Para mais detalhes, ver: <http://www.inep.gov.br/superior/sinaes/>.

Odontologia, na tentativa de atrair e sensibilizar, principalmente, o corpo docente da instituição. A construção do novo projeto pedagógico do curso de odontologia da UFBA tem sido pensada na perspectiva de uma construção coletiva que envolva toda a unidade, e para tal, a proposta tem sido discutida em seminários e oficinas, com importante apoio e participação da direção da FO-UFBA.

A proposta de reforma curricular na Faculdade está em fase de conclusão de sua matriz<sup>LVI</sup>, que contempla tanto a constituição de macro-disciplinas clínicas e estágios no SUS, com bases no argumento teórico de currículo integrado, na integralidade da atenção à saúde e, de modo geral, nas DCN. No entanto, identifica-se a manutenção de algumas disciplinas isoladas na composição da nova matriz curricular, especialmente aquelas pertencentes ao ciclo básico – em sua maioria, ministradas no Instituto de Ciências da Saúde (ICS), o que indica o estabelecimento de um processo híbrido de reforma curricular, no qual se expressam formas de articulação e poder e a presença de grupos institucionais mais conservadores. Apesar dos esforços da comissão, a principal preocupação dos seus membros tem sido a adesão à proposta pelos distintos atores institucionais, pertencentes a estes grupos, e a disseminação da proposta pelos departamentos acadêmicos da Faculdade de Odontologia, no sentido de que estes devam atuar conjuntamente no desenvolvimento de planos de ensino comuns e no amplo processo de re-departmentalização proposto.

Em 2008, é lançado o edital do PET-SAÚDE e a adesão da UFBA se deu a partir de esforços de atores oriundos principalmente da Faculdade de Odontologia, mais especificamente do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, já mobilizados com a implementação do PRÓ-SAÚDE II. Nesse sentido, a proposta do PET-SAÚDE na UFBA foi construída pelo conjunto de atores que compunham o Comitê Gestor Local do PRÓ-SAÚDE II, em uma estratégia de trabalho semelhante ao que já vinha sendo desenvolvido, principalmente no que diz respeito à busca por institucionalização da política através da Atividade Curricular em Comunidade (ACC), enquanto eixo comum de atuação dos cursos envolvidos, e a escolha do tema da violência no desenvolvimento das ações. A adesão ao PET-SAÚDE representou uma oportunidade para se colocar em prática elementos que não chegaram a ser implantados, ou foram descontinuados, no interior da proposta do PRÓ-SAÚDE II, em razão de alguns entraves que se fizeram presentes<sup>LVII</sup>.

---

<sup>LVI</sup> Informação referente a junho de 2010.

<sup>LVII</sup> Os principais obstáculos na implementação da política aqui estudada estão apresentados no capítulo 5.

Nesse sentido, o PET-SAÚDE na UFBA, atualmente no seu segundo ano de implementação (biênio 2010/2011), dispõe de uma proposta fortemente articulada ao PRÓ-SAÚDE II e de continuidade das ações do seu primeiro ano de implantação na Universidade (2009). A construção da proposta foi desencadeada num contexto institucional no qual a Faculdade de Odontologia ainda se mantinha inserida nos esforços de mudanças curriculares e na organização da atenção à saúde bucal prestada pela unidade ao SUS, porém com o aprofundamento dos desafios em proporcionar a multiprofissionalidade e em avançar na discussão temática da violência sob o olhar da saúde, a partir da diversificação dos cenários de aprendizagem, no âmbito da integração ensino-serviço, conforme expressaram alguns entrevistados.

Conforme estabelecido nas diretrizes nacionais de implantação do PET-SAÚDE, a UFBA criou o seu Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica, por iniciativas de profissionais da Escola de Enfermagem da UFBA, que estão entre os membros dirigentes do programa na instituição. A estratégia de implantação seguiu o modelo do programa como um todo, tendo sido criada uma ACC específica para o Núcleo, intitulada “Organização do Núcleo de Excelência Clínica para o Programa de Saúde da Família (PSF) em Salvador”, consolidando o mecanismo adotado pelos atores mobilizados em institucionalizar os programas através da política de extensão universitária da UFBA. Atualmente, as atividades do Núcleo estão em processo de implantação em quatro Unidades de Saúde da Família (USF)<sup>LVIII</sup>, das nove que estão contempladas pelo PET-SAÚDE, centrando as suas discussões na Política Nacional de Humanização, em especial o dispositivo da Clínica Ampliada.

Além do desenvolvimento das ações do programa no Núcleo de Excelência Clínica aplicada à Atenção Básica, a proposta do PET-SAÚDE busca ampliar o escopo de sua proposta disseminando-a por outras iniciativas presentes nas unidades de ensino e instâncias superiores da UFBA, incrementando o trabalho desenvolvido pelos grupos tutoriais, predominantemente executado nas unidades de saúde do município de Salvador. Dessa forma, as atividades do PET-SAÚDE têm envolvido também os alunos bolsistas do Programa Permanecer UFBA<sup>LIX</sup> e, as demandas por pesquisas, com foco na atenção básica, vêm sendo desenvolvidas nas

---

<sup>LVIII</sup> Dados referentes a setembro de 2010. Havia a expectativa de ampliação das atividades do núcleo para mais duas USF nos meses seguintes.

<sup>LIX</sup> O Programa Permanecer UFBA foi criado em 2008, no âmbito da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da UFBA, com o objetivo de assegurar a permanência dos estudantes da instituição que estejam em situação de vulnerabilidade sócio-econômica, por meio do pagamento de bolsa-auxílio para a sua inserção em atividades institucionais e de monitoria ou projetos de extensão.

linhas e grupos de pesquisa da Universidade<sup>LX</sup>. Por meio da Atividade Curricular em Comunidade, a proposta ainda contempla a oferta, para o período de junho de 2009 a julho de 2010, da disciplina “Educação e promoção da saúde no enfrentamento da violência”, registrada como componente curricular da Faculdade de Odontologia da UFBA.

#### **4.2.2 Contexto e atores no ambiente da gestão e dos serviços de saúde**

A partir de 2007, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia vem considerando como estratégico o desenvolvimento de uma política estadual de gestão do trabalho e da educação na saúde, caminhando para, dentre outras ações, uma importante valorização das relações da gestão estadual com as instituições de ensino superior na Bahia (Ator 1 – Gestor/Técnico da SESAB). Tem-se, desse modo, um processo de retomada das iniciativas no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, no nível estadual, após longo período de esvaziamento deste campo na construção da política estadual de saúde.

A educação permanente em saúde tem sido uma das frentes da Política de Saúde do governo do Estado da Bahia, desde o ano de 2007, demarcando um processo de intensificação nas discussões em torno das transformações ocorridas nas diretrizes de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>LXI</sup>. A realização de oficinas e seminários, os quais reuniram expressivamente atores da rede estadual, indicaram a necessidade de se direcionar ações para o ensino de graduação no interior da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, com os seguintes objetivos:

- ◆ “Estruturação da gestão da educação na saúde visando à introdução de mudanças curriculares nos cursos superiores da área e a implementação de propostas inovadoras de educação permanente em saúde.
- ◆ Ênfase na constituição de redes integradas de Educação-Trabalho, visando à redução da distância entre o ensino e os cenários de prática no campo da saúde<sup>77</sup>.

Nesse sentido, as principais motivações para o desenho de ações de mudanças na formação graduada em saúde na esfera estadual eram a premência em se regular os campos de prática,

---

<sup>LX</sup> No caso da Faculdade de Odontologia, a instituição destaca-se pela realização de grandes projetos de pesquisa associados com a temática da atenção básica à saúde (saúde bucal e qualidade de vida, contexto familiar, cárie dental e doença periodontal etc). Muitos deles contam com o apoio dos editais do projeto “Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/BA”, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), em parceria com o MS, o CNPq e a SESAB.

<sup>LXI</sup> Uma sucinta descrição das transformações na trajetória da PNEPS está presente no capítulo 2.

tendo em vista o crescimento do número de cursos de graduação em saúde, principalmente nas instituições privadas; a necessidade de se constituir uma instância formal na administração central da gestão do estado que mediasse o diálogo entre as universidades e as unidades de saúde; e as demandas geradas pela implementação das iniciativas em torno do PRÓ-SAÚDE I e II e do PET-SAÚDE, tendo em vista a necessidade de articulação interinstitucional na condução dos programas.

A construção da Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde no âmbito da SESAB vem sendo conduzida pela Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), por intermédio da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (DGTES) e da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP-BA), para a qual, segundo seus atores, o caráter estratégico das ações estaduais de gestão do trabalho e da educação na saúde tem desencadeado o seu próprio processo de (re)constituição e definição de papéis no âmbito da política estadual de saúde.

A EESP atualmente concentra a maioria das atividades relacionadas à gestão da educação na saúde<sup>LXII</sup> por meio da Coordenação da Educação e Trabalho na Saúde (CIET), assessorada por outras coordenações e gerências da instituição<sup>LXIII</sup>. A Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia foi criada no ano de 2002 e vem passando por um processo de reestruturação organizacional, desde 2007, em função das transformações na política de saúde do Estado da Bahia, ganhando espaço no processo de formulação, implementação e avaliação da política estadual de educação permanente. Um dos focos de atuação da escola é exatamente o processo de ordenamento da formação graduada na área da saúde, viabilizado por meio das parcerias com as demais esferas de gestão do setor e as instituições de ensino e pesquisa do Estado, na perspectiva de criação de uma “Rede de Integração Educação-Trabalho”, sob o *slogan* de que o “SUS é uma escola”.

A Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (CIET) reúne as competências para a interlocução com as instituições de ensino superior, incentivando processos de mudanças no perfil dos profissionais de saúde no bojo da integração ensino-serviço. Atua ainda na formulação e implantação das políticas de regulação dos campos de

---

<sup>LXII</sup> As ações relativas à Gestão do Trabalho na Saúde são predominantemente conduzidas pela DGETS. Estão entre elas: HumanizaSUS, MobilizaSUS, Saúde do Trabalhador da SESAB, PROGESUS-BAHIA, PCCV etc. (<http://www.saude.ba.gov.br/portalsesab/dgets>, acesso em 11 de janeiro de 2011).

<sup>LXIII</sup> Também fazem parte da estrutura organizacional da EESP as Coordenações de Ensino, Estudos e Pesquisa e de Suporte Operacional.

prática e de concessão dos estágios na rede assistencial do SUS-Bahia. A implementação dos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE fica a cargo da Gerência de Incentivos aos Processos de Mudanças na Graduação da CIET, juntamente com a Gerência dos Campos de Práticas e Estágios, cuja principal atribuição é “estabelecer o fluxo e critérios de concessão dos campos de práticas e estágios na Rede Estadual de Saúde”, e a Gerência de Novos Cenários de Aprendizagem. Ainda no escopo de ações da CIET estão a “Aula Pública do SUS” e o “Estágio de Vivências no SUS”<sup>LXIV</sup>.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o PRÓ-SAÚDE e o PET-SAÚDE vêm sendo implementados por intermédio da Sub-coordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas, vinculada à Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH), e que vem passando por um processo de reorganização interna, desde 2005, desencadeado a partir da necessidade de se criar uma instância de intermediação no nível central da gestão municipal entre os cursos de saúde e as unidades de saúde família, e potencializado com a adesão às iniciativas no âmbito da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Ator 2 – Gestor/Técnico da SMS - Salvador).

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador tem uma trajetória de inserção nas questões da formação muita mais voltada para a concessão dos campos de prática da rede pública municipal de saúde às instituições de ensino, inexistindo um componente estratégico para o campo da gestão da educação na saúde dentro da política municipal de saúde, embora estejam definidas linhas de ação no campo da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Saúde, nos últimos Planos Municipais de Saúde<sup>LXV</sup>. A partir de 2004/2005, a expansão do número de cursos de graduação na área da saúde indicou a necessidade de se reestruturar as ações de distribuição dos campos de prática, assim como ocorrido com a gestão estadual. No período mais recente, a SMS, motivada principalmente pelo PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE, vem se comprometendo em desenvolver melhor as suas ações no que diz respeito ao

---

<sup>LXIV</sup> O Estágio de Vivências no SUS-Bahia, desde 2009, propõe a realização de atividades de observação na realidade do SUS, reunindo alunos, gestores, profissionais de saúde, usuários do SUS e movimentos sociais em todo o Estado da Bahia. As ações são coordenadas por Mediadores de Aprendizagem que fomentam processos educativos em torno dos seguintes temas: “Políticas de Saúde, Modelos de Atenção, Formação em Saúde e Controle Social/Participação Popular”. A Aula Pública do SUS é um evento anual realizado pela CIET, desde 2008, com o objetivo de aproximar os estudantes da área da saúde e instituições de ensino das discussões em torno das políticas de saúde e da conformação do SUS. Fonte: [www.sesab.ba.gov.br/eesp](http://www.sesab.ba.gov.br/eesp). Acesso: 28 de janeiro de 2011.

<sup>LXV</sup> O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 define um módulo operacional específico acerca do tema, intitulado “Valorização dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde”, que inclui a linha de ação “Educação Permanente em Saúde”. O PMS 2010-2013 trata do tema no módulo operacional “Capacidade de Gestão do SUS municipal”, compreendendo a linha de ação “Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde”<sup>78, 79</sup>.

ordenamento das unidades de saúde receptoras de alunos dos cursos de graduação em saúde de Salvador, através do estabelecimento de relações com as universidades na busca do levantamento e compreensão das necessidades das instituições de ensino, aliadas às condições de oferta da rede pública de serviços de saúde (Ator 2 – Gestor/Técnico da SMS - Salvador).

No que diz respeito ao contexto de inserção da política municipal de saúde de Salvador, especialmente no âmbito da atenção básica, esta vem passando por grandes retrocessos nos últimos anos, com problemas importantes na consolidação da Estratégia Saúde da Família no município, compreendendo uma série de fragilidades na contratação e vínculo dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família e na capacidade instalada da rede pública assistencial (Ator 2 – Gestor/Técnico da SMS - Salvador).

#### **4.2.3 Perfil, trajetória e visão dos atores acerca da política**

O processo de implementação dos projetos do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE da UFBA vem mobilizando um amplo conjunto de atores, tanto da Universidade quanto das instâncias ligadas às secretarias e serviços de saúde, em uma atuação articulada para o desenho de ações concebidas sob influências da formação, trajetória profissional e distintos olhares de cada um dos grupos institucionais. A partir do mapeamento desenvolvido, depreende-se que o maior quantitativo de atores mobilizados está no interior da Universidade Federal da Bahia, compreendendo principalmente o corpo docente da instituição. Entretanto, importante ressaltar que, internamente, o grupo institucional mobilizado é minoritário e concentra-se no interior de espaços periféricos nas unidades de ensino. As gestões estadual e municipal destacam-se pelo menor número de atores envolvidos, muitas vezes com atribuições delegadas a apenas um único ator no decorrer do processo de implementação. Isto ocorre principalmente na Secretaria Municipal de Saúde, embora não implique, necessariamente, em menor participação desta instância nas ações desenvolvidas.

De modo geral, os atores da UFBA envolvidos no processo de implementação da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde tem uma trajetória alinhada ao desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil, com militância no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e com formação pós-graduada em Saúde Coletiva. Este atores também, em sua maioria, estiveram inseridos, ao longo das suas trajetórias, na formulação e implementação das políticas de saúde no estado da Bahia e no município de Salvador,

ocupando posições estratégicas no interior das secretarias de saúde, conforme evidenciado anteriormente, na descrição da trajetória institucional percorrida entre os anos 70 e 90.

No período recente, verifica-se na UFBA que atores que estiveram envolvidos na implantação e condução do Projeto UNI ocupam cargos de direção e coordenação em algumas unidades de ensino, como por exemplo, as Faculdades de Odontologia e de Farmácia e a Escola de Enfermagem, que estão sob a direção de profissionais com formação e trajetória na área da Saúde Coletiva. Estes atores institucionais estão também envolvidos na condução das ações do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na Universidade, e tiveram importante papel no processo de adesão institucional à política (Ator 3 – Gestor/Professor da UFBA).

As entrevistas revelaram que os atores mais diretamente ligados à implementação do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na UFBA apresentam trajetórias de participação pregressa nas questões de mudanças na formação dos profissionais de saúde ocorridas no Brasil, em especial os projetos IDA e UNI. Esta participação se dava de maneiras diversas, ocorrendo em alguns casos ainda na fase de graduação, por meio da inserção nos movimentos estudantis, com continuidade a partir do ingresso na carreira docente e/ou profissional nos serviços de saúde. É bastante relevante que os atores mobilizados na implementação do caso da UFBA, em sua maioria, tenham tido formação pós-graduada na área da Saúde Coletiva, sendo muitos oriundos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Comunitária/Saúde Coletiva, primeiramente no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia, e mais recentemente, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, que, por sua vez, é um espaço que desempenha papel importante nos processos de mudança da formação na Universidade<sup>LXVI</sup>. Outro ponto de destaque é o fato de que alguns destes atores ingressaram na instituição em momentos em que ocorriam processos de reforma nos currículos dos cursos de graduação, nos quais muitos se envolveram nas discussões para a construção de propostas de mudança.

A partir das entrevistas realizadas no âmbito da Faculdade de Odontologia, observou-se que o grupo de atores mobilizados na implantação das propostas está vinculado ao Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, assim como aqueles que coordenam os trabalhos da comissão permanente para a reestruturação do projeto político-pedagógico do curso de odontologia da UFBA, ainda que a atuação da comissão compreenda docentes dos três departamentos

---

<sup>LXVI</sup> O Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, por exemplo, abriga, atualmente, o curso de graduação em saúde coletiva e conduz ações no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), bem como apresenta atores envolvidos na constituição dos Bacharelados Interdisciplinares (BIs) em Saúde.

acadêmicos da FO-UFBA, que apresentam formação e trajetória distintas, com prática profissional em diversas áreas de especialidades e inserção em diferentes setores do mercado de trabalho em odontologia.

Os atores das gestões estadual e municipal envolvidos na implementação dos programas apresentam, de forma geral, uma trajetória de inserção mais recente nos processos que visam à reorientação da formação profissional em saúde. Os mesmos têm participação, no plano nacional, nos debates ligados à adequação dos cursos de graduação em saúde às Diretrizes Curriculares Nacionais e nas discussões para o desenvolvimento da proposta dos Estágios de Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS) promovidas com a participação do movimento estudantil na saúde. Alguns deles têm ainda sua trajetória profissional marcada pela experiência em coordenações de estágio curricular em instituições de ensino superior e em unidades de saúde da rede pública, principalmente na atenção básica.

Quanto à formação dos atores da implementação da política nas secretarias de saúde do estado da Bahia e do município de Salvador, estes espaços reúnem atores da diversidade de profissões de nível superior reconhecidas como da área da saúde<sup>LXVII</sup>, incluindo ainda profissões outras como administração hospitalar e pedagogia. Parte dos atores mobilizados tem formação pós-graduada no campo da saúde coletiva, principalmente na área de saúde da família, enquanto outros estiveram inseridos em cursos cujo foco era a formação de especialistas em metodologia do ensino superior e ativadores de mudanças na área de educação permanente em saúde.

Os profissionais de saúde mobilizados para a implantação dos programas nos serviços de saúde têm formações profissionais distintas, com predominância daquelas que compõem a equipe mínima de saúde da família (que de nível superior são: enfermeiro, dentista e médico), Há também as profissões previstas para compor a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com predominância dos profissionais de saúde mental. A trajetória profissional dos atores dos serviços é também marcada pela diversidade, seja na duração do exercício profissional ou na experiência adquirida no caminho profissional percorrido. Alguns dos atores sensibilizados e atuantes na recepção dos estudantes nos estabelecimentos de saúde vêm de uma inserção em movimentos para mudanças na formação profissional em saúde, como por exemplo, a participação ainda na graduação nas ações do Projeto UNI na UFBA, e

---

<sup>LXVII</sup> O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece 14 profissões de nível superior como sendo da área da saúde. São elas: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

no caso específico da odontologia, o desenvolvimento de atividades no interior do NEPOS da Faculdade de Odontologia da UFBA.

Uma evidência importante, a partir do conteúdo das entrevistas, é o fato de que os principais grupos de atores (UFBA, SESAB, SMS e serviços de saúde) empenhados com a implementação dos projetos ocupam cargos efetivos do quadro permanente de pessoal das instituições o que, de alguma forma, pode indicar menor interferência das divergências político-partidárias entre as gestões estadual e municipal no processo de implantação do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE. Isto fortalece ainda o desenvolvimento e apoio técnico-administrativo aos programas.

No que diz respeito à visão dos atores acerca dos eixos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, é notável que aqueles mais diretamente ligados a implementação dos programas na Faculdade de Odontologia apresentam uma visão clara dos eixos que norteiam a política, principalmente no que diz respeito à integração ensino-serviço e ao foco na atenção básica. Há um entendimento mais superficial no tratamento do conceito de integralidade da atenção à saúde, principalmente, daqueles atores que não estão na linha de frente da implantação dos projetos na UFBA. É o caso dos membros envolvidos nas discussões relativas às transformações no Projeto Político-Pedagógico do curso de odontologia da UFBA.

Outro ponto depreendido das entrevistas informa que a maioria dos atores compartilha do pensamento de que, apesar de importantes, esses processos atuais não são determinantes e dependem muito do contexto político-institucional em que se inserem e da compreensão dos atores em relação a sua importância para, de fato, produzirem mudanças. Alguns deles entendem os programas muito mais como dispositivos capazes de potencializar ações que devem, necessariamente, existir no interior das instituições de ensino, independente de incentivos ou indução para aderirem a programas.

A integração ensino-serviço é vista pelos atores envolvidos na implementação como um aspecto fundamental no processo de formação em odontologia, embora se esbarre numa lógica de formação hegemônica, centrada na clínica e na cultura da especialização, que se constituem elementos que são hegemônicos na instituição. Este fato repercute nas escolhas profissionais futuras dos estudantes de odontologia, que estão ainda bastante referenciadas

pelo ideal liberal da profissão, muitas vezes propagado pela maioria dos docentes da Faculdade de Odontologia da UFBA.

Algumas entrevistas revelaram que a integralidade é um eixo de destaque na constituição dos novos currículos, porém o conceito de integralidade (a partir do discutido por Mattos<sup>23</sup> e presente no capítulo 2) está muitas vezes confundido com o de currículo integrado ou é tratado restritivamente no âmbito da assistência a saúde. Na FO-UFBA há uma preocupação em valorizar o papel da clínica para além da Atenção Básica. De modo geral, o conceito de integralidade tem sido trabalhado muito mais no âmbito da re-estruturação dos componentes curriculares, com pouca ou nenhuma relação com as ações do PRÓ-SAÚDE II. Na Faculdade de Odontologia, estes debates têm ocorrido em torno da redefinição de disciplinas como a Clínica Integrada e o Estágio Supervisionado. No âmbito do PET-SAÚDE, o Núcleo de Excelência Clínica tem produzido alguma discussão em torno da integralidade da atenção a saúde, especialmente na problematização do foco da política na atenção básica a saúde, sem necessariamente ocorrer a integração com os demais níveis de atenção, e ainda, no que diz respeito às deficiências do sistema público de saúde na cidade de Salvador.

O eixo da política que trata da re-construção do Projeto Político-Pedagógico (PPP) do curso se apresenta, na visão de alguns atores mobilizados na UFBA, como um componente de caráter mais estratégico no sentido de que, uma reforma curricular no curso de graduação em odontologia proporcionaria uma universalização do acesso aos resultados provenientes destas iniciativas, na medida em que se entende que os elementos do PPP estariam direcionados à totalidade dos alunos.

#### **4.3 Considerações acerca dos mercados de trabalho e educativo em odontologia na Bahia**

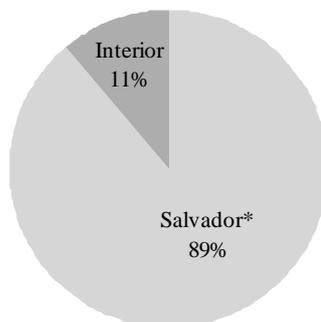
O Estado da Bahia tem sete cursos de odontologia em funcionamento<sup>LXVIII</sup>, sendo três de instituições públicas e os outros quatro de escolas privadas, uma delas sem fins lucrativos. Do total de cursos, cinco deles encontram-se em funcionamento na cidade de Salvador e região metropolitana, e dois cursos no interior do estado. Estes últimos funcionam em instituições estaduais de ensino superior. O conjunto dos cursos oferece anualmente um total de 630

---

<sup>LXVIII</sup> Há mais dois cursos de odontologia com início de funcionamento previsto para 2011, na cidade de Salvador, em instituições particulares, com oferta de 400 novas vagas, segundo consta no cadastro do Sistema de Regulação do Ensino Superior/e-MEC (<http://emec.mec.gov.br/>, acesso: 18 de janeiro de 2011).

vagas, sendo que Salvador responde por 89% deste total. Apenas setenta vagas (11%) estão no interior do estado. (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Distribuição percentual da oferta de vagas nos cursos de odontologia do Estado da Bahia, 2011**

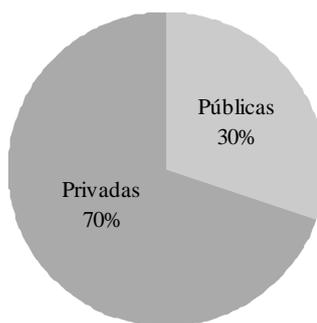


\*Considera-se Salvador e região metropolitana.

Fonte: MEC/Sistema de Regulação do Ensino Superior/e-MEC, 2011.

Com relação a distribuição das vagas entre instituições públicas e privadas, estas últimas concentram 70% da oferta de vagas no estado da Bahia (Gráfico 3).

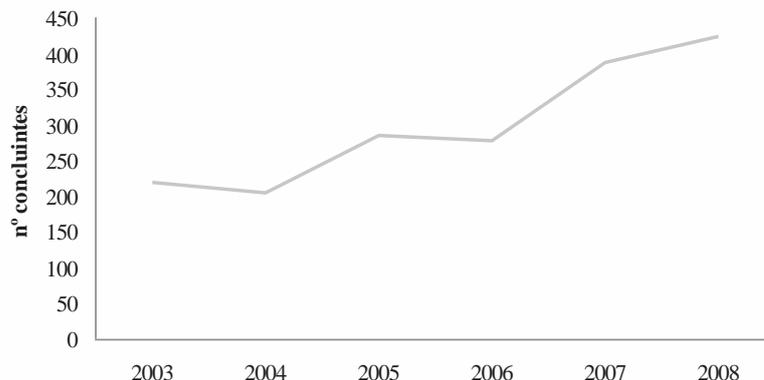
**Gráfico 3. Distribuição percentual das vagas entre IES públicas e privadas no Estado da Bahia, 2011**



Fonte: MEC/Sistema de Regulação do Ensino Superior/e-MEC, 2011.

Entre os anos de 2003 e 2008, observa-se uma tendência de aumento no número de concluintes em odontologia no Estado da Bahia, principalmente a partir de 2006, conforme demonstra o gráfico 4.

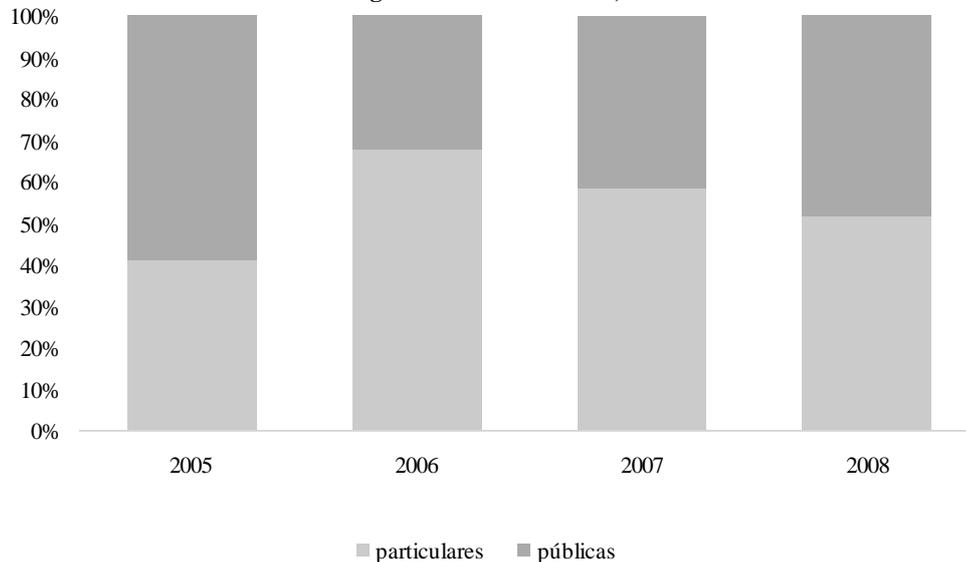
**Gráfico 4. Evolução do número de concluintes em odontologia no Estado da Bahia, 2003 a 2008**



Fonte: MS/DATASUS/MEC/INEP, 2003 a 2008.

As instituições de ensino particulares detêm a maior fatia percentual do total de concluintes em odontologia na Bahia, entre os anos de 2006 e 2008, diferentemente do ano de 2005, quando as IES públicas apresentaram ligeira vantagem quanto ao percentual de concluintes (Gráfico 5)

**Gráfico 5. Participação das IES públicas e privadas no total de concluintes em odontologia no Estado da Bahia, 2005 a 2008**



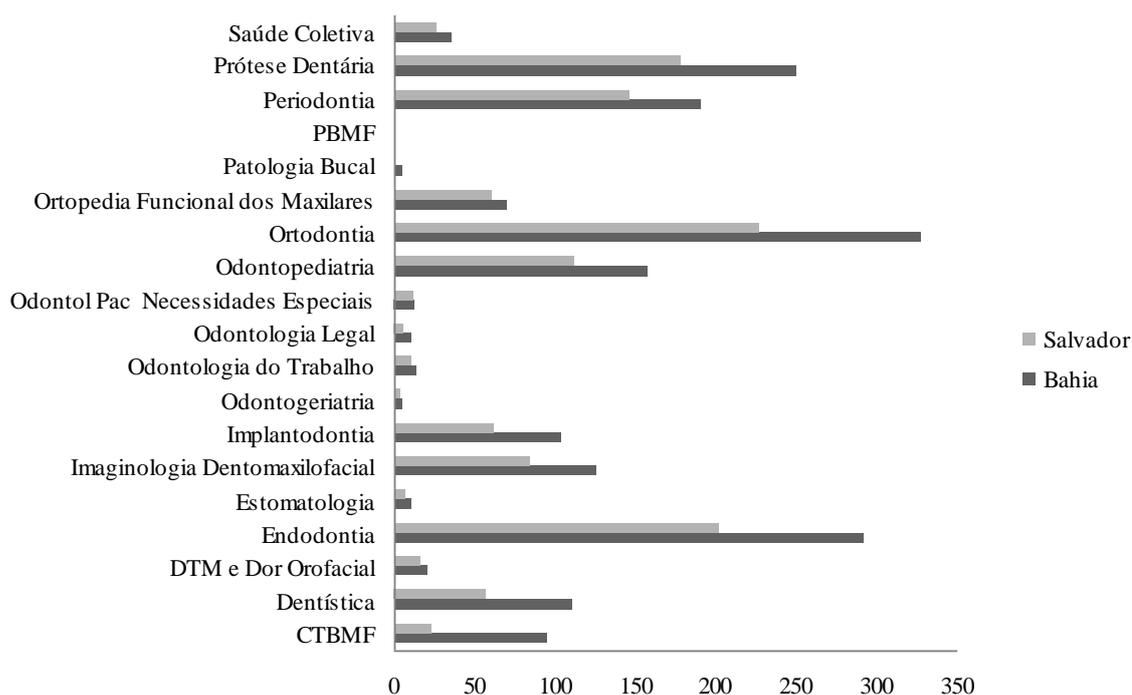
Fonte: MS/DATASUS/MEC/INEP, 2005 a 2008.

Atualmente, a Bahia tem 8.812 cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CROBA), sendo que pouco mais da metade (4.409) atua em Salvador. Para o total do estado, 1.632 profissionais (18,5%) estão registrados como especialistas no CRO-BA, com 1.141 concentrando a sua atuação na capital baiana, conforme dados do

Conselho Federal de Odontologia<sup>LXIX</sup>. De acordo com a pesquisa “Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro”, realizada entre 2008 e 2009, com dados do CFO, as mulheres representam 58% do total de dentistas do estado<sup>LXX</sup>, seguindo a tendência nacional de feminização da profissão<sup>80</sup>.

A distribuição de cirurgiões-dentistas por especialidades, na Bahia e em Salvador, elucida a predominância de formação em especialidades clínicas, ligadas essencialmente ao tratamento odontológico reabilitador, com forte concentração de profissionais especialistas na capital. As cinco especialidades odontológicas com maior número de profissionais inscritos no CROBA são, em ordem crescente: ortodontia, endodontia, prótese dentária, periodontia e odontopediatria. O gráfico 6, a seguir, apresenta a distribuição atual dos odontólogos por especialidade no Estado da Bahia e na cidade de Salvador<sup>LXXI</sup>.

**Gráfico 6. Distribuição de cirurgiões-dentistas cadastrados no CROBA por especialidades, Bahia e Salvador, janeiro 2011**



Fonte: Conselho Federal de Odontologia. Dados estatísticos. Acesso: janeiro de 2011

LXIX Dados estatísticos do CFO (www.cfo.org.br acesso: 17 de janeiro de 2011).

LXX As autoras<sup>80</sup> trabalharam com dados de 2008 extraídos do Sistema de Informações do CFO.

LXXI De acordo com Morita, Haddad e Araújo<sup>80</sup>, é importante considerar, na análise de distribuição dos odontólogos por especialidades, os seguintes aspectos: (1) as especialidades Radiologia odontológica e imaginologia dentomaxilofacial, Disfunção temporomandibular e Dor orofacial, Odontologia do Trabalho, Odontologia para pacientes com necessidades especiais, Odontogeriatrica e Ortopedia funcional dos maxilares foram reconhecidas após o ano de 2002 e, portanto, compreendem um menor número de profissionais no mercado; (2) O quantitativo de especialistas em Saúde Coletiva pode apresentar-se subestimado em função do exercício profissional nessa área não ser limitado pela obrigatoriedade de registro no conselho profissional.

A proporção da população por cirurgião-dentista é de 1 profissional para 1.591 habitantes tendo como referência toda a população do estado. Para Salvador, a proporção fica em 1 profissional para 607 habitantes, o que demonstra, novamente, a concentração de profissionais atuando na capital<sup>LXXII</sup>.

O Estado da Bahia tem 5.350 cirurgiões-dentistas inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>LXXIII</sup>, com 3.352 que atendem no SUS e 1.384 que estão registrados como “Dentista de Saúde da Família”. Em relação ao tipo de prestador, os dados do CNES demonstram que, do total de dentistas cadastrados para o estado, 2.651 são de prestador privado, 2.576 público, 105 filantrópico e 18 sindicato. Ainda, do total cadastrado para a Bahia, 1.384 profissionais estão registrados no tipo de estabelecimento “centro de saúde/unidade básica de saúde” ou “posto de saúde”<sup>LXXIV</sup>.

Em Salvador, dos 1.474 cirurgiões-dentistas do CNES, 963 deles estão cadastrados segundo prestador privado, 422 público e 89 filantrópico. Deste total, 867 atendem no SUS e 78 são registrados como “dentista de saúde da família”. Aqueles cadastrados no tipo de estabelecimento posto de saúde e centro de saúde/unidade básica de saúde correspondem a 216 profissionais na cidade de Salvador<sup>LXXV</sup>.

Em relação à implantação da Estratégia Saúde da Família, a Bahia conta com 413 municípios cobertos por Equipes de Saúde da Família (ao todo são 417 municípios no Estado), tendo 2.698 delas implantadas em todo o estado. O percentual de cobertura populacional estimado é de 58,96%. O estado conta com 1.817 Equipes de Saúde Bucal (modalidades I e II) em 393 municípios. Em Salvador, segundo dados de novembro de 2010, há 151 Equipes de Saúde da

---

<sup>LXXII</sup> Cálculo realizado levando em consideração dados atualizados disponíveis no Sistema de Informações do CFO (Fonte: [www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br), acesso em 17 de janeiro de 2011) e o total da população do Estado da Bahia e do município de Salvador informados pelo Censo 2010 (IBGE).

<sup>LXXIII</sup> Conforme explicam Morita, Haddad e Araújo<sup>80</sup>, por questões estruturais, a totalidade dos profissionais de saúde ainda não foi cadastrada no CNES. Dessa forma, verifica-se uma diferença, neste caso, entre o total de dentistas registrados no Sistema de Informações do CFO e o total dos profissionais cadastrados no CNES.

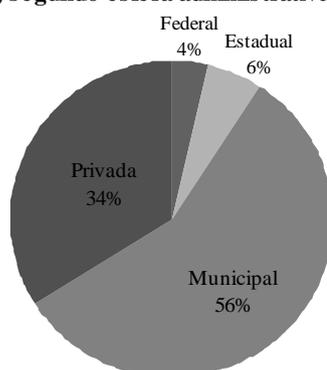
<sup>LXXIV</sup> As definições utilizadas pelo CNES para estes dois tipos de estabelecimentos são: (1) Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico; (2) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

<sup>LXXV</sup> Fonte: MS/DATASUS/CNES, acesso em novembro de 2010.

Família implantadas, cobrindo apenas 17,38% da população. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) no município somam 94, todas relativas à modalidade I<sup>LXXVI</sup>.

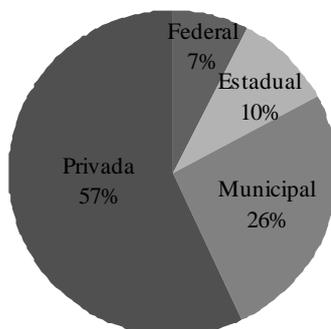
Quanto à distribuição percentual dos postos de trabalho em odontologia, segundo a pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS-IBGE) verificam-se, no ano de 2005, duas situações distintas quando comparados os dados do Estado da Bahia e aqueles referentes à cidade de Salvador. Enquanto no estado, a esfera municipal detém a maior parte dos postos de trabalho em odontologia (57%), seguida pelos postos de trabalho na esfera privada (34%), estadual (6%) e federal (3%); na capital baiana, é a esfera privada que abarca mais da metade (57%) dos postos de trabalho em odontologia, seguida da esfera municipal (26%), estadual (10%) e federal (7%) (Gráficos 7 e 8).

**Gráfico 7. Distribuição percentual dos postos de trabalho em odontologia, segundo esfera administrativa, Bahia, 2005**



Fonte: IBGE/AMS: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005.

**Gráfico 8. Distribuição percentual dos postos de trabalho em odontologia, segundo esfera administrativa, Salvador, 2005**



Fonte: IBGE/AMS: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005.

<sup>LXXVI</sup> ESB Modalidade I: 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário; ESB Modalidade II: 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental<sup>81</sup>. Dados relativos à Estratégia Saúde da Família para o mês de novembro de 2010. Fonte: MS/SAS/DAB, 2010.

As tendências do mercado de trabalho em odontologia na Bahia acompanham o comportamento do mercado profissional em nível nacional, evidenciando a evolução no número de cursos e vagas, prioritariamente na esfera privada, a partir dos anos 1990. Verifica-se também, a concentração da oferta de vagas no ensino superior em odontologia nas capitais, que também respondem por significativa parcela dos cirurgiões-dentistas com especialização no Brasil (48%). Destaca-se ainda que as especialidades clínicas são as mais prevalentes<sup>80</sup>.

Estas características influenciam<sup>LXXVII</sup> o processo de formação em odontologia, com fortes incentivos ao ensino da técnica e da especialização precoce, regidos pelo mercado de trabalho, e que encontra respaldo e legitimidade entre a maioria do corpo docente e discente na instituição de ensino superior (Teixeira; Costa, Marcelino e Saliba *apud* Oliveira *et al.*<sup>82</sup>).

A maior fatia de postos de trabalho do setor privado na capital, local de maior concentração de profissionais pode indicar a constituição de um obstáculo no processo de reorientação da formação para o SUS, que também ganha força por conta do caráter hegemônico da valorização do exercício profissional liberal, almejado pelos estudantes de graduação em odontologia, que compreendem ser este o caminho para a realização financeira e profissional.

A expansão da oferta de emprego no setor público, por meio da Estratégia Saúde da Família, vem se constituindo em uma das principais formas de ingresso aos concluintes de odontologia no mercado de trabalho, notadamente pelo contexto de saturação do mercado privado (baixos salários, precariedade de vínculos e condição de subemprego). No entanto, no desenho da sua trajetória profissional, o estudante de odontologia compreende a oportunidade de trabalho no PSF apenas como um degrau para o alcance do seu objetivo a longo prazo<sup>83</sup> (Matos, 2006), que inclui a especialização e o exercício da prática odontológica individual (em consultório), sob o argumento de é este o *status* profissional a ser adquirido.

---

<sup>LXXVII</sup> A tendência privatizante no mercado educativo em odontologia, expressa pelo aumento do número de cursos, tem também ocasionado o estabelecimento de um cenário de disputas entre as instituições de ensino pelos cenários de práticas dos serviços públicos de saúde, tendo em vista o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais que fixa o mínimo de 20% da carga horária do curso de odontologia dedicados a estágio curricular supervisionado<sup>25</sup>. Os capítulos 5 e 6 deste trabalho abordam as interferências deste cenário no processo de implementação dos programas PRÓ-SAÚDE II e PET-SAÚDE na UFBA.

## **5. PRINCIPAIS ASPECTOS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PRÓ-SAÚDE E DO PET-SAÚDE NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFBA**

Este capítulo aborda o processo de implementação propriamente dita dos programas PRÓ-SAÚDE II e PET-SAÚDE na UFBA e, mais especificamente no curso de odontologia da instituição. Destaca os principais elementos presentes nas relações intra e interinstitucionais que decorrem do desenvolvimento das ações dos programas, e aponta os principais aspectos facilitadores e obstáculos que marcam o processo, indicando quais os possíveis elementos do contexto político-institucional, da trajetória histórica das instituições e da atuação dos grupos de atores se configuram como motivações para o processo de tomada de decisão e para o modo como operam as instituições envolvidas.

As relações interinstitucionais envolvendo a Universidade Federal da Bahia, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e as unidades da rede pública de saúde estiveram presentes tanto nas fases propositivas, quando da formulação do projeto do PRÓ-SAÚDE II e da proposta do PET-SAÚDE, quanto no decorrer da implantação das ações dos programas. Tais inter-relações se desenrolam de maneiras distintas nas quais a atuação de cada uma das instâncias tem maior predominância em um dado momento do processo.

Ao longo da implementação da política em estudo, fica evidente que a Universidade assume papel prioritário na formulação das propostas e de desenvolvimento das ações, motivada pelo peso da sua trajetória e das iniciativas prévias que visavam mudanças no processo de formação profissional na área da saúde, além de ser um espaço que reúne grupos de atores historicamente envolvidos em processos reorientadores da formação superior em saúde, com inserção nas atividades de integração ensino-serviço. O próprio instrumento das diretrizes de elaboração dos projetos induz o direcionamento da atuação das instituições de ensino na linha de frente do processo de implantação da política (editais e manuais de referência).

No caso da UFBA, o processo de formulação conjunta do projeto do PRÓ-SAÚDE II foi marcado pela expressiva participação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), que vinha de um contexto de mobilização de atores no âmbito da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) para a formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, incorrendo em rearranjos organizacionais e redefinição de papéis na EESP, que passou a ter espaços importantes de desenvolvimento de ações para a integração entre as universidades e a política de saúde do Estado da Bahia. Já a atuação da Secretaria

Municipal de Saúde de Salvador (SMS), nesta fase de construção da proposta do PRÓ-SAÚDE II, se deu de forma reduzida e de pouca articulação com a UFBA e a SESAB. A gestão municipal da saúde de Salvador, neste período (2007) experimentou mudança do secretário de saúde do município e recomposição de sua equipe, que gerou descontinuidade da já frágil interlocução da SMS com as demais instituições envolvidas.

O avanço do processo de implementação implicou no estreitamento das relações entre a UFBA e a esfera municipal cuja participação se deu de forma tardia, tendo em vista o desfavorável contexto político em que se inseria a SMS, e que começou a se definir após o processo eleitoral municipal de 2008<sup>LXXVIII</sup>. Assim, a entrada efetiva da secretaria municipal na implantação do PRÓ-SAÚDE II foi motivada pela necessidade de implantação das atividades do programa na rede pública assistencial de Salvador, principalmente nas unidades de atenção básica à saúde, e vem se fortalecendo desde a adesão da UFBA ao PET-SAÚDE, em 2009. Por outro lado, o importante papel desempenhado pela SESAB na viabilidade da construção do projeto do PRÓ-SAÚDE II não se manteve com a sua atuação no decorrer da implementação da proposta, nem nas fases de formulação e desenvolvimento das ações do PET-SAÚDE (Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

Nesse sentido, verifica-se a predominância da atuação dos gestores estadual e municipal da saúde em conjunto com a UFBA no que diz respeito ao andamento das atividades do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE, com abertura de um diálogo de maior proximidade com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em virtude da utilização da rede de atenção básica do município (um dos focos da política). O principal elo entre a SESAB e a UFBA, neste momento, ocorre pelo estabelecimento das políticas estaduais no âmbito da gestão da educação na saúde (Estágio de Vivências no SUS e Política Estadual de Educação Permanente), que também demandam interlocução com as instituições de ensino, mais do que no processo de implementação dos programas em questão, embora estes disponham de uma instância de apoio e acompanhamento formal consolidada no interior da EESP.

O estreitamento das relações entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador vem possibilitando avanços nas necessidades de ambas as instituições, até mesmo aquelas demandas externas ao PRÓ-SAÚDE II e ao PET-SAÚDE. De modo geral, a UFBA tem se beneficiado da ampliação do diálogo com a gestão municipal por meio da

---

<sup>LXXVIII</sup> Houve a reeleição do governo municipal para o período de 2009-2012.

expansão de sua inserção nos cenários de prática em que seus alunos desenvolvem atividades de estágio curricular e programas institucionais de pesquisa e de extensão. O desenvolvimento das atividades do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE da UFBA nos campos de prática ordenados pela Secretaria Municipal de Saúde vem dando visibilidade à instituição, no que diz respeito a sua conformação enquanto referência assistencial para SUS<sup>LXXIX</sup>.

Um fato, que é fruto da expansão da atuação da UFBA na rede básica municipal de saúde, viabilizado pelo diálogo desenvolvido, se dá no contexto de implantação do PET-SAÚDE, que ao ter as suas ações centradas na integração ensino-serviço-comunidade, no debate da violência como um problema de saúde pública e no grande envolvimento de estudantes nos grupos tutoriais, tem possibilitado a aproximação da UFBA com um novo Distrito Sanitário de Salvador, no qual a instituição ainda não tinha uma inserção significativa e que se fazia necessária devido às limitações da capacidade instalada do distrito que a UFBA está inserida historicamente. A implantação das ações desenvolvidas no âmbito do Núcleo de Excelência Clínica em Atenção Básica é também fruto das relações entre a UFBA e os gestores da saúde no município de Salvador, evidenciadas na mobilização dos gerentes das unidades de saúde envolvidas, bem como o gerente do Distrito Sanitário, o que tem favorecido o apoio técnico aos trabalhos e o desenvolvimento das práticas multiprofissionais nos serviços (Ator 3 – Gestor/Professor da UFBA; Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

No que diz respeito às relações entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, houve claramente a percepção de que as orientações político-partidárias divergentes entre as gestões influenciaram no estabelecimento de um contexto de diálogo caracterizado, de certo modo, como frágil e conflituoso, embora ambas estivessem formalmente presentes nas discussões que envolveram a construção do projeto do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE na UFBA. A atuação significativa da SESAB e o esvaziamento da participação da SMS ocasionaram a assinatura do projeto do PRÓ-SAÚDE II pela gestão estadual que, conseqüentemente, foi designada a receber as transferências dos recursos financeiros do programa<sup>LXXX</sup>, através do Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FESBA). Tendo em vista o foco das ações na atenção

---

<sup>LXXIX</sup> Para a Faculdade de Odontologia, por exemplo, esta aproximação resultou na formalização do convênio de parceria que garantiria os recursos necessários, superando um panorama ruim em que se encontrava a Faculdade nos últimos anos, quando havia deixado de receber recursos descentralizados do SUS, voltados para o custeio das ações e serviços prestados pela instituição. Dessa forma, as relações crescentes entre UFBA, mais especificamente neste caso, a FO-UFBA, e a SMS, fortaleceram o papel da unidade como um serviço de referência em odontologia para o SUS.

<sup>LXXX</sup> Trata-se de 60% do total de recursos previstos para o PRÓ-SAÚDE II UFBA. Os 40% restantes foram repassados para a Universidade.

básica à saúde, parte dos recursos contemplados na matriz financeira do projeto destina-se à estruturação das unidades municipais de saúde envolvidas na recepção de alunos da UFBA. Este fato acabou por se constituir no principal elo para o estabelecimento de um diálogo mais maduro entre as Secretarias.

Nesse cenário, e de acordo com os depoimentos dos seus atores, as esferas estadual e municipal tem assumido responsabilidades de atuação conjunta no desenvolvimento das atividades relativas aos programas em implantação na UFBA, principalmente na valorização das políticas para ordenamento dos campos de prática, na reestruturação da rede assistencial e na mobilização e qualificação dos profissionais dos serviços de saúde. Importante ressaltar ainda que, de modo geral, o avançar da implantação das propostas tem implicado na maior participação das instâncias do processo decisório do SUS no desenvolvimento acadêmico dos projetos, em detrimento da sua mera operacionalização administrativa e financeira, embora esta função se apresente de modo complementar à primazia da Universidade Federal da Bahia na condução do processo.

Nas relações entre as unidades de ensino que abrigam os cursos de saúde contemplados nas propostas, alguns atores evidenciam que, apesar do canal aberto de interlocução, ainda estão sendo marcantes os interesses divergentes e formas de pensamento e trabalho distintas. Este fato, aliado à quase inexistência de práticas multi e transdisciplinares na Universidade, pode indicar que os aspectos presentes nos seis subprojetos do PRÓ-SAÚDE II estão sendo priorizados, obstaculizando o desenvolvimento do eixo comum de abordagem das propostas, que, no caso da UFBA, ocorre por meio da Atividade Curricular em Comunidade (ACC). O desafio colocado está na necessidade de se pensar mecanismos que promovam a integração de cursos com lógicas institucionais e currículos diferentes, marcados por trajetórias de desenvolvimento institucional pouco integradas e com uma diversidade de visões e interesses do corpo docente e discente.

Por outro lado, o trabalho da comissão executiva do PRÓ-SAÚDE no interior do Comitê Gestor Local (CGL) tem proporcionado a reunião recorrente dos diretores das unidades de ensino envolvidas, que são os responsáveis pela execução financeiro-orçamentária dos recursos dos programas destinados à UFBA, constituindo-se num importante fórum de congregação destes atores, com reflexos positivos na articulação intra-institucional.

O contexto de diálogo dos cursos da UFBA com as instâncias centrais da Universidade (Reitoria e Pró-Reitorias) parece ocorrer apenas no sentido de cumprir as formalidades de assinatura das propostas e na interlocução com a Pró-Reitoria de Extensão para submissão dos componentes curriculares nos moldes da Atividade Curricular em Comunidade (ACC). A implantação do projeto da Universidade Nova, apoiado pelo REUNI, contemporaneamente à chegada das iniciativas do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na UFBA, tem mobilizado as instâncias administrativas da instituição na execução da reforma universitária, bem como os atores da Reitoria e Pró-Reitoria de Graduação, que pouco dialogam com os atores envolvidos na implementação dos programas que, por sua vez, carecem de apoio mais substancial na execução dos projetos (Ator 3 – Gestor/Professor da UFBA).

Apesar de amplamente discutido na Universidade, o projeto de reestruturação da arquitetura curricular da UFBA (REUNI/UFBA) é visto com ressalvas por grupos institucionais nos cursos de graduação em saúde, que se estruturam hegemonicamente no privilegiamento da formação profissionalizante precoce, com foco na técnica e na prática clínica curativista. Diante disso, o próprio REUNI, confrontado ao conservadorismo do campo da formação profissional em saúde, mantém na nova arquitetura curricular a possibilidade de ingresso direto nas carreiras profissionais através do vestibular, paralelamente à oferta dos Bacharelados Interdisciplinares. Os atores envolvidos na implantação do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na UFBA compreendem que os projetos se deparam com um contexto de pouca permeabilidade nas políticas de ensino de graduação como vem sendo idealizadas na “Universidade Nova”, estando mais próximos dos modelos institucionais de extensão universitária (Ator 3 – Gestor/Professor da UFBA; Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

De modo geral, todas as etapas do processo de implementação dos programas na UFBA vêm sendo marcadas pela preocupação dos atores envolvidos com possíveis discontinuidades na execução das propostas, em decorrência de mudanças na direcionalidade das políticas federais para o campo da gestão da educação na saúde. Dessa forma, as estratégias idealizadas pelos distintos atores institucionais mobilizados convergem para a superação da ocorrência de extinção dos programas, ou de um possível constrangimento no seu financiamento. Os caminhos para tal, expressos em alguns depoimentos, têm sido a busca por institucionalidade, através da articulação das propostas entre si e com as iniciativas já existentes na UFBA, com destaque para a ACC enquanto política de extensão universitária, e o fortalecimento da integração ensino-serviço, valorizando o papel das gestões estadual e municipal no

ordenamento da formação, na regulamentação dos campos de prática e na ampliação da capacidade de financiamento próprio das ações.

A estratégia inicial de inserção do PRÓ-SAÚDE II na Atividade Curricular em Comunidade (ACC) defrontou-se com barreiras estruturais e distintas formas de organização e funcionamento entre as duas iniciativas, não sendo possível o seu prosseguimento no âmbito do programa. Ainda assim, a aposta na implantação das propostas via política de extensão universitária viabilizou a convergência do modelo da ACC com a proposta do PET-SAÚDE, tendo em vista a constituição dos grupos de alunos coordenados por um tutor assim como prevê a ACC, indicando ser este o caminho definido pelo conjunto de atores envolvidos na garantia de maior institucionalidade da política. A ACC é entendida pelos atores institucionais como o ponto de partida para o desenvolvimento de componentes curriculares mais amplos, permanentes, regulares e flexíveis, fomentando a interdisciplinaridade nos cursos. Esta idéia, em longo prazo, permitiria o reconhecimento destes programas na lógica do amplo processo de reforma do ensino universitário em implantação na UFBA, embora os esforços e as estratégias estejam afinadas com a política de extensão universitária atual da UFBA (Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

O envolvimento das secretarias de saúde no processo de implantação dos programas na UFBA é também marcado pelo desenho de estratégias que garantam a continuidade das ações de reorientação da formação profissional em saúde. A SESAB tem realizado esforços em torno da consolidação da Rede de Integração de Educação e Trabalho na Saúde, conduzida pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, de modo a constituir e/ou fortalecer os mecanismos de diálogo em caráter permanente e com o envolvimento crescente de atores institucionais. Conforme expresso nos relatos e nos documentos fornecidos, a EESP tem avançado nas discussões mais conceituais dos processos que compreendem a formação em saúde, trabalhando em torno do conceito de redes institucionais e dos distintos modelos de currículo, evidenciando a sua preocupação na valorização da integração ensino-serviço. A gestão municipal encontra-se num processo ainda bastante incipiente de inserção nas discussões das bases conceituais que envolvem o desenho da política, embora os seus atores tenham clareza de como as propostas estão estruturadas e apresentem perfil coerente com as propostas idealizadas. Nesse sentido, não está evidente no processo atual de implementação a definição da estratégia municipal com vistas ao fortalecimento da política (Ator 1 – Gestor/Técnico da SESAB; Ator 2 – Gestor/Técnico da SMS - Salvador).

Além do estabelecimento dos diálogos interinstitucionais através da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, a rotina das relações institucionais tem sido marcada pela utilização dos instrumentos oficiais de comunicação e o endereço eletrônico, principalmente na viabilização das reuniões do Comitê Gestor Local (CGL) e as oficinas pedagógicas realizadas nas unidades de saúde.

Os motivos que desencadeiam a adesão à política se apresentam de maneiras distintas por cada uma das instituições envolvidas. A Universidade Federal da Bahia é a que reúne o maior número de motivações à sua decisão em implantar as propostas do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE, principalmente pelo acúmulo institucional nas iniciativas que visam a reformulação da formação profissional em saúde e pela trajetória histórica dos seus atores, principalmente na implantação e execução dos projetos IDA e UNI na instituição. Além do mais, o conjunto de atores envolvidos com a implementação do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE na UFBA, e que são sensíveis às novas iniciativas, vem ocupando cargos importantes dentro do processo decisório na UFBA. Na oportunidade de adesão à segunda edição do PRÓ-SAÚDE, alguns cursos encontravam-se em processo avançado de implantação de novos currículos, constituindo-se em mais um dispositivo para a adesão da UFBA aos programas.

No caso específico da Faculdade de Odontologia, as motivações provêm da possibilidade do uso dos recursos do PRÓ-SAÚDE II para o resgate de iniciativas (muitas delas concebidas durante o projeto UNI) que se apresentavam com baixo grau de operacionalidade no interior da instituição, como a reestruturação da CAP e do arquivo odontológico, tendo em vista o fortalecimento do papel da FO-UFBA enquanto centro de referência na atenção a saúde bucal na Bahia<sup>LXXXI</sup>. Além disso, as expectativas dos atores em promover a adequação e ampliação dos espaços físicos da unidade, bem como desencadear o processo de redepartamentalização demandado pela proposta de reforma curricular em discussão atualmente, foram também responsáveis pela adesão da FO-UFBA à política. A compreensão de que as ações do PET-SAÚDE potencializariam as iniciativas já em curso na instituição compreende mais um aspecto motivador da participação do curso de odontologia nas propostas, moldado pela perspectiva da continuidade.

---

<sup>LXXXI</sup> A participação da FO-UFBA na prestação de serviços de saúde bucal para a Rede SUS em Salvador tem importância significativa, uma vez que a instituição atende, em média, 500 pacientes por dia, apresentando capacidade instalada de 160 consultórios odontológicos, em 8 ambulatórios, 1 serviço de urgência, 1 centro cirúrgico, 1 centro de laser e 1 clínica para bebês, além dos serviços de radiologia e patologia cirúrgica para o apoio diagnóstico<sup>75</sup>.

Nos casos das gestões estadual e municipal, a adesão à política parece ocorrer fortemente em virtude da necessidade posta de operacionalização conjunta das propostas. No entanto estas instâncias, especialmente a gestão estadual, reconhecem a importância da integração ensino-serviço em torno das discussões do processo de formação profissional, e estão compostas de atores sensibilizados às diretrizes da política. A mobilização e sensibilização dos atores dos serviços de saúde e ainda, a oportunidade em repensar o processo de concessão dos campos de prática, a partir do estabelecimento de um marco legal e normativo que contemple benefícios às unidades de saúde, em contrapartida ao uso das mesmas pelas instituições de ensino, podem ser considerados aspectos de mobilização institucional para o envolvimento nas atividades do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE.

No que diz respeito à mobilização dos profissionais no interior dos serviços de saúde contemplados, as principais motivações destes estão associadas à expectativa de melhorias nas condições de trabalho, transformações nos processos laborais, com intensa troca de saberes e valorização profissional (Ator 5 – Gestor/Profissional de saúde dos campos de prática). Um dos recursos utilizados pela SESAB para a sensibilização dos profissionais dos serviços de saúde a aderirem às propostas tem sido o estímulo à qualificação profissional, com oferta de vagas em cursos de pós-graduação em áreas estratégicas para a consolidação do SUS, principalmente na área de Vigilância da Saúde, Saúde da Família e Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, oferecidos pela EESP. A SESAB conta com um conjunto de iniciativas relativas à qualificação dos trabalhadores de saúde do Estado da Bahia, incluindo também os profissionais da rede municipal<sup>77</sup>.

O processo de implementação das propostas da UFBA no âmbito da política de reorientação da formação profissional em saúde vem se desenvolvendo nas instituições marcado por alguns avanços fomentados pelo crescente amadurecimento das relações intra e interinstitucionais e da interlocução dos atores envolvidos, incorrendo, principalmente, na progressiva valorização do eixo da integração ensino-serviço. Um ganho nesse sentido foi a ampliação do escopo de estabelecimentos de saúde e profissionais a serem contemplados com as ações do programa. No seu segundo ano de implantação na UFBA, os dirigentes do PET-SAÚDE/UFBA pleitearam, junto às instâncias de condução nacional da política, a inserção de alunos para além das unidades de saúde da família, tendo em vista que, no caso de Salvador, algumas estruturas externas tinham um peso importante na compreensão das ações da atenção básica no município. Esta ampliação viabilizou a inserção de alunos na vivência dos processos de

trabalho na Assistência Farmacêutica e em órgãos da gestão do sistema local de saúde, como por exemplo, as gerências de unidades de saúde e do próprio distrito sanitário, no intuito de proporcionar melhor entendimento da organização e funcionamento da rede. Aos profissionais destes espaços também foi oportunizado o exercício da função de preceptoria (Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

Para as gestões estadual e municipal, os avanços tem sido nas discussões com as instituições de ensino acerca da celebração das parcerias para concessão dos campos de prática e definição das contrapartidas para melhorias nas unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades de estágio, pesquisa e também aquelas relativas aos programas em questão. As unidades de saúde vinculadas às propostas do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE tem vivenciado importantes mudanças nos seus processos de trabalho, com efetiva troca de experiências e saberes entre tutores, preceptores, alunos, comunidade e demais profissionais de saúde envolvidos. Vale destacar, no entanto, que tais mudanças estão expressas com distintos graus de intensidade no conjunto de unidades de saúde inseridas no processo.

Embora o processo de implantação dos programas da UFBA tenha avançado em alguns aspectos, este também tem sido permeado por entraves, obstáculos e dificuldades no desenvolvimento das ações programadas. Uma primeira evidência é de que os programas não representam mudanças profundas, nem se sustentam como iniciativas universais, apresentando limites na sua disseminação por toda a rede municipal de saúde. No caso da UFBA, o PRÓ-SAÚDE II e o PET-SAÚDE estão sendo implementados apenas em unidades de saúde de dois dos 12 distritos sanitários existentes na cidade de Salvador (Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

As insuficiências da rede assistencial pública municipal em garantir o andamento pleno das atividades dos programas, motivadas pelas recorrentes mudanças de atores institucionais, especialmente nas gerências de distrito sanitário e das unidades de saúde, tem implicado na redução de espaços para execução dos trabalhos, e até mesmo na impossibilidade em contemplar novas unidades com os programas. Este fato, revelado a partir de alguns depoimentos, também representa um obstáculo na institucionalização da política e no enfraquecimento da definição dos papéis das instituições envolvidas, que acabam sendo desempenhados pela Universidade (que assume responsabilidades de gestão). Apesar disso, o segundo ano de implantação do PET-SAÚDE na UFBA já evidencia a atuação da Secretaria

Municipal de Saúde de Salvador de maneira mais sólida, caminhando para a minimização deste obstáculo.

Dentre as dificuldades de implementação dos programas nos serviços de saúde, relatadas pelos atores envolvidos, estão as precárias condições de infra-estrutura das unidades, da falta de material de consumo e de apoio à gestão da informação (sistemas de informação deficientes) e a precariedade de equipamentos, aliado ao reduzido espaço de trabalho. Outro problema levantado é a questão da não previsão de bolsas no âmbito do PRÓ-SAÚDE o que, de certa forma, implica em dificuldades de motivar profissionais de saúde e docentes para implantar os projetos. Neste cenário, tem-se instituído ainda um processo de disputa pelos campos de prática entre as universidades públicas e privadas, no qual, as instituições públicas saem em desvantagem, uma vez que as privadas têm, estrategicamente, instituído o pagamento de bolsas de preceptoría a fim de garantir a recepção de seus alunos pelos profissionais dos serviços de saúde. O fato das unidades de saúde envolvidas estarem localizadas em regiões violentas da cidade, e problemas no deslocamento de docentes e discentes aos campos de prática (em decorrência do programa não prever a rubrica de transporte) tem se constituído como entraves no processo de implementação.

Embora o desenvolvimento das atividades dos grupos tutoriais do PET-SAÚDE nas USF esteja potencializando o trabalho das equipes de saúde na comunidade e fortalecendo a multiprofissionalidade, a precariedade de vínculo empregatício dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Salvador, bem como a desmotivação dos agentes comunitários de saúde, tem incorrido em prejuízos no diálogo com a comunidade. As relações interpessoais e a ocorrência da distribuição das bolsas apenas para alguns profissionais completam os principais entraves à implantação do PET-SAÚDE (Ator 5 – Gestor/Profissional de saúde dos campos de prática).

Um obstáculo importante, no contexto de implementação do PRÓ-SAÚDE II, é a difícil interlocução entre os órgãos locais de acompanhamento e avaliação (dirigidos, principalmente, por atores oriundos da Universidade) e as instâncias de condução nacional do PRÓ-SAÚDE, especialmente no que diz respeito ao apoio na busca por soluções para os problemas de gestão dos recursos financeiros<sup>LXXXII</sup>. Uma questão também presente no conteúdo das entrevistas foi a importância dada a estes problemas pela equipe de avaliação

---

<sup>LXXXII</sup> Segundo o conteúdo das entrevistas com os atores das gestões estadual e municipal, este problema não tem ocorrido nas relações entre as secretarias de saúde e as instâncias de condução nacional.

nacional do projeto e demais formalidades, em detrimento a uma avaliação pautada pela crítica construtiva que pudesse contribuir com ajustes no projeto. Esta fragilidade é também sentida no processo de acompanhamento e avaliação nacional do PET-SAÚDE, que privilegia uma estrutura de relatórios muito superficial e com descrição quantitativa dos produtos das ações desenvolvidas. Isto pode acarretar no fato de que resultados importantes não sejam considerados no processo avaliativo e não ganhem visibilidade, quando poderiam se tornar casos emblemáticos a serem tomados como exemplos de implementação.

Um dos principais problemas do processo de implementação da proposta do PRÓ-SAÚDE II na UFBA, expresso principalmente pelos dirigentes do programa, tem sido a dificuldade na execução do recurso financeiro repassado ao Fundo Estadual de Saúde (FESBA). Todo o processo de execução financeiro-orçamentária tem transcorrido com a mobilização de uma diversidade de atores das instituições envolvidas na formulação e implantação dos projetos, especialmente quando do levantamento das demandas das unidades de ensino e dos serviços de saúde. Os problemas de execução financeira foram desencadeados, por um lado, pela dificuldade de comunicação entre a coordenação local da política e o Ministério da Saúde; e por outro, pela própria dificuldade interna da universidade em proporcionar a execução financeira, garantindo apoio técnico às unidades. O mesmo problema na utilização dos recursos do PRÓ-SAÚDE II foi verificado no âmbito da SESAB e da SMS, embora a gestão estadual tenha obtido maior apoio técnico para a execução financeiro-orçamentária através da sua Coordenação de Suporte Operacional (Ator 1 – Gestor/Técnico da SESAB).

O andamento das atividades do projeto tem ocorrido de forma descasada da liberação dos recursos do programa para compras, contratação de pessoal, aquisição de material permanente e melhoria da estrutura física nas unidades da UFBA e nos serviços de saúde, decorrendo na impossibilidade de executar alguns dos pontos importantes da proposta e/ou no atraso na implantação de atividades programadas. A não superação de divergências político-partidárias entre estas instâncias é o indicativo das dificuldades do repasse do recurso financeiro do Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FESBA) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), no âmbito do PRÓ-SAÚDE II, que ocorreu apenas em 2010 (após cerca de dois anos de implantação do programa na UFBA)<sup>LXXXIII</sup> e cujo objetivo era o de estruturar as unidades municipais de saúde. Na visão dos atores da UFBA, estes obstáculos tem se configurado

---

<sup>LXXXIII</sup> A transferência dos recursos financeiros do PRÓ-SAÚDE II do FESBA para o FMS, destinados à adequação do espaço físico das unidades municipais, foi autorizada pela Portaria SESAB nº 1.025, de 15 de julho de 2010.

como empecilhos das articulações interinstitucionais, embora haja mecanismos de diálogo estabelecidos e, de certa forma, bem consolidados entre elas.

Problemas no processo de adequação do orçamento dos projetos com os instrumentos do Fundo Nacional de Saúde decorrem das limitações da plataforma do fundo que não permite a entrada de certo itens previstos nos orçamentos dos projetos. O ano I de implementação do PRÓ-SAÚDE II na UFBA foi marcado por tentativas dos seus dirigentes de solucionar estes problemas, com insatisfações dos cursos que foram efetivamente prejudicados, o que acabou resultando na saída de alguns atores da universidade que estiveram presentes na fase de formulação da proposta (Ator 4 – Gestor/Professor da FO-UFBA).

A necessidade de superação dos obstáculos relativos à utilização dos recursos financeiros para o PRÓ-SAÚDE II desencadeou uma especificidade na constituição do Comitê Gestor Local (CGL) do programa na UFBA, que compreendeu a criação de duas frentes de ação: uma por meio da comissão executiva do PRO-SAÚDE II da UFBA, e a outra através da sua comissão acadêmica. Relatos dos entrevistados evidenciam que a maior parte das atividades do programa girou em torno daquelas sob responsabilidade da comissão executiva, tais como a execução da programação orçamentária do projeto e processos licitatórios para aquisição dos itens previstos no orçamento. Os depoimentos revelam ainda que, em virtude da premência em resolver as questões de ordem financeira, a comissão acadêmica teve o seu papel esvaziado dentro do processo de implementação do PRÓ-SAÚDE e atualmente, esta estrutura do CGL está desfeita e em processo de redesenho.

## **6. BALANÇO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NA UFBA E NA FO-UFBA**

Este capítulo reúne os principais resultados decorrentes da implantação da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde na Universidade Federal da Bahia, mais especificamente na Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como levanta algumas mudanças organizacionais ocorridas nas instituições mobilizadas no processo de implementação. O texto ainda busca associar as especificidades da implantação da política no curso de odontologia da UFBA com os argumentos da dependência de trajetória (path dependence) e com o fornecimento do conjunto de regras e normas que informam como operam as instituições e seus atores.

### **6.1. Principais resultados e mudanças organizacionais ocorridos**

O processo de implementação dos programas PRÓ-SAÚDE II e PET-SAÚDE na UFBA configura-se como um processo em curso e de início recente, estando os seus resultados idealizados numa perspectiva de longo prazo, tendo em vista as mudanças efetivas da formação profissional em saúde. No entanto, é possível identificar, na vigência da implantação das propostas, a concepção de alguns produtos que demarcam claramente transformações no contexto e operacionalidade institucionais, que, por consequência, se caracterizam como as bases para os resultados futuros.

De modo geral, a chegada dessas iniciativas no âmbito da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde na UFBA permitiu a implantação, ou a potencialização de propostas de mudanças curriculares em alguns dos cursos envolvidos. A abertura de espaços formais e permanentes de discussão entre a instituição acadêmica e as estruturas de gestão do SUS, seja no âmbito municipal ou no estadual, também compreende uma importante conquista advinda da implantação da política nas instituições.

Concretamente, a mobilização interinstitucional, decorrente da implementação dos programas, viabiliza um processo de regulamentação dos cenários de prática de modo mais organizado e submetido às instâncias centrais de ambas as instituições, repercutindo na institucionalização das ações de integração ensino-serviço. Este processo também intensificou a aproximação dos alunos de graduação com a rede pública de serviços de saúde envolvida nas ações dos projetos

juntamente com a integração entre as duas propostas (do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE). Ampliou-se, dessa forma, as chances em se constituir um ambiente propício ao desenvolvimento das ações na perspectiva da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade (em termos de proporcionar maior mobilidade acadêmica e troca de experiências).

As relações intra e interinstitucionais em torno da implementação dos programas encontram-se, de certo modo, bem estabelecidas e com elos comunicativos definidos, em que pese todos os fatores intervenientes (contexto político-institucional, subfinanciamento das ações e serviços de saúde no município, a maior valorização do ente municipal em detrimento ao estadual, ambiente universitário tradicionalmente marcado pelo isolamento das unidades de ensino, distintas experiências e trajetórias dos atores, etc). Nesse sentido, ganha destaque a constituição da Rede de Integração Educação e Trabalho, coordenada pela SESAB, que se consolida como um dos meios, a partir do quais os atores mobilizados promovem o acompanhamento dos projetos e seminários de avaliação, além dos encontros das instâncias formais de condução local da política.

Identifica-se, pelos depoimentos, um amadurecimento nas relações entre a gestão municipal da saúde e a UFBA, iniciado na implantação da proposta do PRÓ-SAÚDE II e potencializado com a chegada do PET-SAÚDE, a partir do qual tem se obtido ganhos importantes para a rede de serviços, especialmente na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde e na maior atuação do nível central no processo de concessão dos campos de prática em Salvador. O avanço nestas relações, combinado como argumento da inserção histórica da UFBA na rede de saúde, implicou em um importante ganho para a Universidade, quando da sua priorização dentro da política de reordenamento dos cenários de prática e estágios dos serviços de saúde da Secretaria Municipal.

É evidente ainda, que a implantação dos programas na Universidade possibilitou maior integração entre os cursos envolvidos no processo, com o estabelecimento permanente de diálogos e troca de experiências, ainda que lógicas operacionais distintas (marcadas principalmente pela trajetória histórica de isolamento dos cursos) não tenham favorecido a implantação plena de um projeto de formação multiprofissional e interdisciplinar.

De modo geral, os relatos das entrevistas sugerem que as ações no âmbito do PRÓ-SAÚDE II na UFBA tem possibilitado a aplicação de recursos financeiros para a reestruturação de espaços físicos nas unidades de ensino e a aquisição de material permanente e de consumo. Já

no caso do PET-SAÚDE, a sua implementação tem contribuído para o processo de maior valorização de docentes, profissionais de saúde e o estímulo à aprendizagem do aluno na vivência do processo de trabalho, constituindo-o como um potente instrumento de mudança na formação superior em saúde.

O produto mais evidente da implementação do PRÓ-SAÚDE II na Faculdade de Odontologia da UFBA, a partir do conteúdo das entrevistas e documentos consultados, é a oportunidade de realização de ações de melhoria nas instalações da Faculdade, como a aquisição de material permanente e de consumo e ainda no financiamento de obras de aumento da capacidade instalada, no sentido de preparar a instituição para a implantação do novo currículo. Dentre as iniciativas em curso estão a construção de uma nova Central de Material Estéril (CME), a reorganização da Central de Atendimento ao Paciente (CAP), o resgate e reestruturação do arquivo odontológico, com criação do prontuário único, e a manutenção do Sistema de Informações em Saúde Bucal da FO-UFBA (SISB). Na Faculdade, o PET-SAÚDE vem ampliando os processos de integração ensino-serviço e potencializando as ações de pesquisa e extensão desenvolvidas na FO-UFBA, desde o início da implementação do PRÓ-SAÚDE II, o que resulta na consolidação do processo conjunto e contínuo de implantação da política na instituição.

Embora ocorra uma fragilidade na integração dos projetos da política com o movimento de reforma curricular da FO-UFBA, a reestruturação do projeto político pedagógico – objetivo comum entre estes movimentos – vem se beneficiando pelo fato de, tanto os atores dos programas quanto os membros da comissão de reformulação do PPP são, em sua maioria, oriundos do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica e portanto, compartilham visões semelhantes quanto aos aspectos do processo de mudanças na formação profissional em odontologia.

Nesse sentido, evidencia-se, na FO-UFBA, a convergência de esforços em busca do fortalecimento institucional enquanto uma preocupação dos atores mobilizados nestes espaços. A inquietação em proporcionar maior visibilidade à unidade, o fortalecimento como centro de referência assistencial e de pesquisa em saúde bucal, a constituição de elos de comunicação permanentes, seja internamente, ou com os órgãos centrais universitários (ou ainda externamente), compreendem um conjunto de aspectos compartilhados pelos atores envolvidos, que se justificam, principalmente, pelo reconhecimento de que, historicamente, a Faculdade de Odontologia avançou na direção da integração ensino-serviço, porém não

enfrentou normas institucionais definidoras de sua organização interna, no ambiente universitário.

O processo de implementação da política pouco promoveu mudanças organizacionais no âmbito da Universidade, tendo ocorrido o mesmo para o caso específico da Faculdade de Odontologia da UFBA. A condição periférica dos grupos de atores mobilizados frente ao ainda hegemônico conservadorismo no processo de formação em odontologia inviabiliza a disseminação e mobilização dos demais conjuntos de atores, demonstrando que os programas tiveram baixa capacidade de penetrar em outras instâncias no âmbito da Universidade.

As maiores mudanças organizacionais foram visualizadas no interior da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia onde ocorreram grandes transformações no organograma da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, que tem implantação recente<sup>LXXXIV</sup>, acompanhando o processo amplo de reestruturação da política de saúde na Bahia, a partir de 2007. A criação da Coordenação de Integração Ensino e Trabalho na EESP expressa a preocupação da política estadual de saúde em posicionar as ações de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde numa condição estratégica que tem resultado na formulação de políticas próprias para o campo. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, tem-se a expectativa de que a Sub-Coordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas da SMS passe por uma ampla reformulação, com a redefinição e capacitação da equipe de trabalho, transformando-se em uma Coordenação de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

## **6.2. Dependência de trajetória, feedbacks e estímulos institucionais expressos na implementação da política**

O resgate histórico da inserção da Universidade Federal da Bahia nas iniciativas em torno da reorientação da formação profissional em saúde e dos processos de integração ensino-serviço na Bahia (especialmente os Programas IDA e UNI) apresenta importantes elementos que evidenciam a dependência da trajetória institucional percorrida, com a expressão de *feedbacks*, sustentados por certos arranjos institucionais mantidos ao longo do tempo e que podem ser visualizados na implementação da política atual. O processo que resulta na adesão institucional à política abrange aspectos compreendidos na trajetória, no contexto político-

---

<sup>LXXXIV</sup> A partir de 2004, segundo Plano Estadual de Saúde da Bahia (2004-2007).

institucional e no conjunto de atores, por meio das suas visões e interesses, os quais convergem em torno da decisão em implantar tais iniciativas.

No decurso das ações de reforma curricular e de integração da UFBA com as estruturas de gestão e os serviços de saúde na Bahia, ao longo dos anos 1980 e 90, estabeleceu-se a primazia universitária na condução dos processos relativos à implementação do IDA e do UNI, e que, novamente, se destaca na implantação dos projetos do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE. Embora venha ganhando força a atuação das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde nas etapas de formulação e desenvolvimento das propostas (um dos marcos da política atual), este fato não parece ser suficiente para alterar o arranjo institucional estabelecido, que conforma a atuação da Universidade na linha de frente do processo atual.

Ainda neste cenário, outro arranjo estabelecido historicamente compreende a recorrente atuação de um dado grupo institucional no processo decisório das propostas de reforma curricular e de integração entre o ensino e os serviços de saúde, nas quais a UFBA se faz presente. No caso do curso de odontologia, o grupo de atores mobilizados está, em sua maioria, vinculado ao Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da FO-UFBA (e o mesmo parece ocorrer nas demais unidades de ensino envolvidas) que se constitui no espaço de origem do processo decisório, por meio do qual são definidas as estratégias de implementação do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE na instituição. Destaca-se ainda, a experiência acumulada por estes atores (expressa em seus respectivos perfis e trajetórias) nos processos reformuladores da formação em saúde, em geral, ocupando espaços importantes, tanto no ambiente universitário quanto no ambiente da gestão e dos serviços de saúde.

Dentre os aspectos que se constituem como os *feedbacks* positivos decorrentes dos arranjos institucionais estabelecidos ao longo da trajetória da UFBA, evidencia-se que o processo de formulação e execução dos projetos, no âmbito das políticas e programas, é permeado pela escolha de temas transversais, na qual constata-se a preocupação em promover ações multiprofissionais e transdisciplinares. Nesse sentido, a constituição do Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV) em 1996, como um desdobramento das ações do Projeto UNI, passa a exercer, na implantação da política atual, papel de destaque no fornecimento dos aportes teóricos em torno do tema da violência enquanto um problema do campo da saúde, sendo esta a escolha temática que desencadeia as ações do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE na UFBA.

Outro indicativo de que o processo decisório atual acerca da política está influenciado por escolhas definidas nas experiências pretéritas é a viabilização das ações desenhadas nos projetos do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE por meio dos programas de extensão universitária da UFBA, especialmente, no caso atual, através da Atividade Curricular em Comunidade (ACC). Este mesmo mecanismo compôs as propostas de mudanças na formação profissional desenvolvidas pelos Projetos IDA e UNI<sup>LXXXV</sup>. Além da experiência institucional acumulada, atualmente, o desenvolvimento das ações por meio da política de Extensão Universitária da UFBA justifica-se pelo relativo distanciamento entre os processos de implementação dos programas e do projeto de reforma da arquitetura curricular – “Universidade Nova” – cujas diretrizes são vistas com ressalvas pela maioria das unidades de ensino dos cursos de saúde.

Na implementação da política atual na Universidade Federal da Bahia, os principais estímulos institucionais que vem suscitando rupturas, mudanças e redefinição dos papéis de distintos grupos, normalmente, associam-se à elucidação do contexto político-institucional atual. Um deles diz respeito ao fato dos principais atores envolvidos com a implementação da política na Universidade – e inseridos em experiências anteriores - serem ocupantes de cargos de direção nas unidades de ensino (segundo dados das entrevistas), aspecto relevante para a adesão institucional à política.

O cenário atual de valorização da estrutura de gestão municipal na implementação da política nacional de saúde – bastante induzida por meio dos processos de descentralização político-administrativa – contribui, de certo modo, na maior proximidade da UFBA com a Secretaria Municipal de Saúde, diferentemente dos processos de integração ensino-serviço anteriores, no quais estavam presentes relações fortes entre a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e grupos no ambiente universitário, alinhados politicamente com o governo estadual. Ainda assim, é importante pontuar que a SESAB teve papel fundamental no processo de construção da proposta do PRÓ-SAÚDE II, tendo em vista a aquisição de legados e recursos que a conferiram acúmulo institucional no campo da gestão da educação na saúde

---

<sup>LXXXV</sup> Segundo Costa e Kalil<sup>84</sup>, em relato da experiência do UNI na UFBA, “[...] a perspectiva do UNI, idéias e estratégias, está contribuindo para repensar e reestruturar a **Extensão** na Universidade Federal da Bahia, no sentido de entendê-la como espaço privilegiado de ensino-aprendizagem e de busca de respostas para as demandas e necessidades da sociedade”; Sobre o IDA, Santana, Campos e Sena<sup>85</sup> evidenciam que “o ideário da integração docente assistencial [...]” desenvolvia-se por meio de “[...] **atividades de extensão** como visitas a áreas economicamente deprimidas, atuação em centros de saúde experimentais, geralmente localizados em áreas periféricas ou rurais e vinculados às próprias instituições acadêmicas”. [Grifos meus].

As relações pretéritas entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Estadual de Saúde conferiram tradição à UFBA nos processos de integração ensino-serviço, embora fortemente motivadas pelo alinhamento político-partidário de atores de ambas as instituições, incorrendo em retrocessos na implantação das ações, quando da ocorrência de mudanças no projeto político para o governo estadual. O processo atual de implantação das iniciativas do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE se desenvolve com menor influência do viés político-partidário, uma vez que, mesmo diante de um contexto de divergências políticas entre o governo estadual e o municipal, tem se estabelecido mecanismos de diálogo interinstitucionais mais estáveis, no qual sobressai a importância da estrutura da gestão municipal.

Em relação à trajetória histórica e a origem institucional dos atores envolvidos na implantação do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE, este aspecto direciona-se tanto no sentido de facilitar a adesão às propostas, como pode sugerir que os processos desenvolvem-se de modo restrito a estes atores, não oportunizando a inserção de outros grupos institucionais, os quais poderiam ter acesso e promover uma maior disseminação das diretrizes da política na UFBA, ainda que para mera operacionalização dos programas. Reforça-se, nesse sentido, o fato da trajetória da UFBA estar marcada por uma tradição de difícil diálogo intra-institucional, desencadeando em maior facilidade da Universidade nas relações com instâncias de fora do sistema universitário (por exemplo, as Secretarias de Saúde, no bojo da integração ensino-serviço).

De modo geral, os avanços e fragilidades das iniciativas pregressas de reorientação da formação profissional em saúde são considerados no desenho dos projetos do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE da UFBA. É nesse sentido que se evidencia a preocupação dos atores institucionais com o risco de extinção dos programas, em virtude da sua vulnerabilidade enquanto política de governo, e com a definição de estratégias que garantam o fortalecimento institucional e bom grau de institucionalidade às propostas.

Os elementos que conformam os mercados de trabalho e educativo em odontologia – delineados hegemonicamente sob a lógica liberal e biologicista – permanecem exercendo significativa influência no processo de consolidação da política em estudo, essencialmente na constituição de entraves para a disseminação e reconhecimento institucional acerca da importância de mudanças mais significativas na formação do cirurgião-dentista. O crescimento do setor privado na educação superior, expresso pela ampliação do número de cursos de odontologia de instituições particulares em Salvador, tem desencadeado o estabelecimento do cenário de disputas entre as instituições de ensino pela concessão dos

campos de prática da rede pública assistencial<sup>LXXXVI</sup>. A inserção pioneira da Universidade Federal da Bahia nos campos de prática, constituiu-se em um dos principais argumentos institucionais para a priorização da UFBA pela Secretaria Municipal de Saúde, no processo de re-ordenamento dos cenários de prática na rede de saúde. Por outro lado, a adesão da Universidade ao PRÓ-SAÚDE II e PET-SAÚDE orientou-se, na visão dos seus atores, pela possibilidade de superação/minimização da disputa entre as organizações de ensino pelos campos de prática nos serviços de saúde.

A manutenção do padrão hegemônico do processo de formação profissional em odontologia se constitui como uma das razões da reformulação do projeto político-pedagógico da FO-UFBA se estruturar de forma dissociada às discussões em torno dos projetos do PRÓ-SAÚDE II e do PET-SAÚDE, principalmente no que diz respeito a atuação dos conjuntos de atores institucionais mobilizados. Os programas avançam mais no debate da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, via política de extensão universitária (ACC), prevendo disciplinas optativas e comuns aos cursos de saúde, enquanto que a construção da matriz curricular do curso de odontologia da UFBA propõe direcionar-se para o fortalecimento do ciclo profissionalizante do curso, com a constituição das macro-disciplinas clínicas e o estabelecimento de estágios no SUS, sem maiores preocupações acerca da integração curricular com os demais cursos de saúde. Ressalta-se que a proposta da nova matriz curricular do curso de odontologia expressa as relações assimétricas de poder presentes no ambiente universitário, conforme relatado anteriormente.

Uma importante constatação, em torno do fornecimento das normas e regras institucionais sob as quais os atores se baseiam e estão submetidos, diz respeito à concentração das ações, no âmbito das mudanças no processo de formação em odontologia ocorridos na FO-UFBA, pelos professores vinculados ao Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, especialmente aqueles que estão a frente das disciplinas de Saúde Coletiva. Este fato dissemina-se na referida unidade enquanto aspecto natural no contexto interno em que opera a instituição, conferindo a estes atores a atribuição, enquanto representantes institucionais, em aderir a propostas deste escopo, incorrendo na não disseminação das mesmas pelos demais setores da FO-UFBA.

---

<sup>LXXXVI</sup> Nesta correlação de forças, as instituições de ensino privadas buscam estabelecer parcerias com os serviços de saúde, principalmente através da oferta de bolsas de preceptoria aos profissionais de saúde e incentivos financeiros, os quais, na maioria das vezes, superam aqueles previstos pelos projetos do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE.

A constituição desta regra institucional no âmbito da Faculdade de Odontologia da UFBA evidencia a existência de relações assimétricas de poder em que estão submetidos os distintos atores institucionais e no qual predominam os interesses de grupos hegemônicos, muitas vezes, contrários aos posicionamentos do grupo de atores envolvidos com as iniciativas em torno da formação profissional em saúde e de integração ensino-serviço, situados periféricamente na instituição. Em última análise, este aspecto constitui-se como um importante elemento na dificuldade de disseminação das propostas do PRÓ-SAÚDE e do PET-SAÚDE na FO-UFBA.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação orientou-se pelo marco teórico neo-institucionalista em sua vertente histórica e pelo método de análise da política pública, com destaque para os elementos da etapa de implementação. Buscou-se explorar como os eixos norteadores da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (integração ensino-serviço, integralidade da atenção à saúde e reformulação do projeto político-pedagógico) são apropriados por um conjunto de atores inseridos em um dado contexto político-institucional em que se conformam normas e regras mediadoras dos processos decisórios na implementação da política.

No plano nacional, observou-se que a política de reorientação da formação profissional orienta-se para o fortalecimento das relações entre academia, serviços e comunidade, em um cenário no qual vem se aprofundando as parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação. A política propõe a mobilização de uma diversidade de atores em torno das iniciativas para mudanças na formação em saúde, bem como redefine os seus papéis; confere maior proximidade da política ao processo de regionalização em saúde, por meio das CIES/CGR e aos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores; e abre espaço para a construção das propostas do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE dentro das políticas de saúde municipais e estaduais.

A compreensão da evolução da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde (incluindo os seus antecedentes) contribuiu na elucidação das principais inflexões ocorridas após o ano de 2003, quando é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS). Na análise do seu período mais recente (2005-2010), observou-se significativa ampliação da política, com o aumento no número de cursos contemplados e projetos aprovados, além do maior envolvimento de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em articulação com as Instituições de Ensino Superior na implantação das propostas. Evidencia-se a valorização do papel destas instâncias do processo decisório do SUS na condução local das ações e na gestão dos recursos financeiros (também ampliados) previstos no desenho da política

No caso da implementação da política na Faculdade de Odontologia da UFBA, a trajetória e experiência acumulada suscitam a maior centralidade das ações orientadas para o fomento à integração ensino-serviço, que acaba por compreender as discussões – mais pontuais e subsidiárias – em torno do eixo da integralidade da atenção à saúde, enquanto princípio

norteador da organização das disciplinas clínicas da FO-UFBA (clínicas integradas) e ainda, na busca da compreensão de como a rede pública de saúde se organiza.

No estudo do caso, verificou-se importantes avanços nas relações entre a Universidade e as estruturas de gestão local do SUS, com redefinição e valorização dos papéis destas instâncias no desenvolvimento de propostas reformuladoras da formação em saúde, conforme a diretriz da política nacional. As relações intra-institucionais permanecem como um desafio a ser superado frente ao conservadorismo do ambiente universitário (isolamento e fracos elos comunicativos entre as unidades de ensino, órgãos centrais e administrativos).

Outro aspecto de destaque compreende que, no caso estudado, a perspectiva de ampliação (maior número de cursos e alunos contemplados), amadurecimento (estabilidade nas relações e no diálogo entre os atores) e continuidade (apropriação dos conceitos e eixos norteadores já presentes nas políticas anteriores) se faz presente. É bastante significativo o fato de que o contexto atual favorece maior institucionalidade a implementação dos programas e suas ações. Outras interfaces do processo de implementação da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde na FO-UFBA podem ser exploradas, a partir da inclusão do depoimento de estudantes do curso de odontologia da UFBA, inseridos no desenvolvimento das ações, e que se constituem em informantes-chave acerca do processo de implantação em curso. Neste trabalho, optou-se por não incluí-los tendo em vista a necessidade de ampliação das estratégias metodológicas e que, necessariamente, extrapolariam os objetivos aqui propostos.

Sugere-se ainda que, o aprofundamento no processo de constituição da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), no interior dos Colegiados de Gestão Regional na Bahia, e de elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde possa complementar a compreensão do contexto de implementação da política, no caso estudado, especialmente no que se refere ao modo como estas instâncias (e os seus atores) operam.

Por fim, vale ressaltar a importância do estudo de caso na elucidação detalhada (acesso a uma variedade de evidências) dos elementos do processo de implementação da política, tendo em vista toda a sua complexidade. Ainda assim, deve-se atentar para as generalizações dos seus resultados, em virtude das especificidades inerentes ao contexto local de implantação.

## REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos RA (orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.
2. Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés, ST; Kriger, L; Moysés, SJ. (coordenadores). *Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-90.
3. Morita MC, Haddad AE. Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: Moysés, ST; Kriger, L; Moysés, SJ. (coordenadores). *Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com evidências – São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-76*.
4. Pierson P. *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton University Press; 2004.
5. Marques E. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. 1997;43: 67-102.
6. Hall PA; Taylor, RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*. 2003;58: 193-223.
7. Thelen K, Steinmo S. Historical institutionalism in comparative politics. “In” Thelen K, Longstreth F, Steinmo, editores. *Historical institutionalism in comparative politics*. New York: Cambridge University Press; 1992.
8. Menicucci TMG. Os argumentos analíticos: a perspectiva histórica e institucional. “In”: Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. Atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 21-57.
9. Viana AL, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, LVC; Noronha, JC; Carvalho, AI. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2008, p. 33-74.
10. Hogwood BW, Gunn LA. *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
11. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos – 3. ed.*, Porto Alegre: Bookman, 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 1996.

13. Bardin L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70; 2010.
14. Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde Brasil. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2009.
15. Ceccim, RB e Feuerwerker, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública.2004;20(5): 1400-1410.
16. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2004/2005;9(16): 161-77.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2004;14(1):41- 65.
18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10(4): 975-986.
19. March C, Fernandez VS, Pinheiro R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos, RA (orgs.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.
20. Macêdo MCS *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos, RA (orgs.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.
21. Campos FE; Aguiar, RAT. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri, B; Faria, R; Viana, ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp. IE, 2002.
22. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de Saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2001;5(8): 89-100.
23. Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: 2001.
24. Pinheiro R; Ceccim, RB. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. “In”: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos, RA (orgs.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

25. Brasil, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.
26. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2001;25(2): 53-9.
27. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos, RA (orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.
28. Carvalho ACP. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. *Revista da ABENO*. 2003;4(1): 7-13.
29. Davini MC. Currículo integrado. In: Santana, JP; Castro, JL. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRRN, 1999.
30. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro, R; Ceccim RB; Mattos, RA (orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.
31. Teixeira MCB. Trabalho em equipe: inserindo a saúde bucal no contexto da transdisciplinaridade. In: Macau M. *Saúde Bucal Coletiva: implementando ideias...concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 121-35.
32. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas de formação profissional. *Saúde Soc*. 2009 Abr/Jun;18(supl. 2):55-9.
33. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 2001;35(1):103-109.
34. Torres OM. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do Ver-SUS/Brasil. [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2005.
35. Campos FE, Pierantoni CR; Machado MH. Introdução. In: *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, 3(1), Brasília: 2006.
36. Gonzalez AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis (Rio J.)*. 2010;20(2): 551-570.

37. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM. (Orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
38. Machado CV. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora Museu da República; 2007.
39. Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em saúde para debate*. 1996;12: 19-23.
40. Cêa GSS, Reis LF, Conterno S. Profae e Lógica neoliberal: estreitas relações. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007;5(1): 139-59.
41. Teixeira M. A Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: notas sobre a construção da estratégia nacional no período de 2003 a 2008. Relatório Científico Final do Projeto de Pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006”. FAPERJ; novembro de 2008.
42. Machado JLM. A participação da ANDES-SN na CINAEM: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface (Botucatu)*. 1999;3(5): 177-80.
43. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev bras educ med*. 2008;32(3): 333-346.
44. Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, Massote AW, *et al*. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev bras educ med*. 2009;33(4):605-14.
45. Souza PA. Repercussões do programa de incentivo as mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED) nas escolas médicas. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2010.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área de saúde. Brasília: 2004.
47. Koifmann L, Henriques RLM. A experiência da pesquisa EnsinaSUS. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007;5(1): 161-72.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. Brasília: 2004.

49. Cavalcanti FOL. Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
50. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº. 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília: 2005.
51. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: 2005.
52. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: 2007.
53. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília: 2007.
54. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.282, de 25 de junho de 2008. Define que os valores publicados para a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde sejam repassados durante os exercícios de 2008, 2009 e 2010 aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: 2008.
55. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. Brasília: 2008.
56. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: 2010.
57. Brasil, Ministério da Saúde. Edital nº 18 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília: 2009.
58. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. Brasília, 2010.

59. Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 4, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Brasília, 2010.
60. Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta nº 2, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Saúde da Família. Brasília: 2010.
61. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações. Brasília, 2009.
62. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 48 de 30 de junho de 2006. Brasília: 2006.
63. Brasil, Ministério da Saúde Portaria nº 1282, de 25 de junho de 2008. Define que os valores publicados para a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, sejam repassados durante os exercícios de 2008, 2009 e 2010 aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde. Brasília: 2008.
64. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília: 2009.
65. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 4, de 06 de fevereiro de 2009. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília: 2009
66. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: 2007.
67. Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições. A face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2007.
68. Relatório final do Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil. Anos 1980-1990. EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.
69. História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde. Acervo de Depoimentos Orais – José Paranaguá de Santana (Entrevista completa). Disponível em:

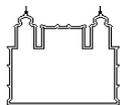
<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/depoimentos.htm>. Acesso em: 09 de maio de 2011.

70. Aleluia LR, Couto OK, Oliveira TDT. Estruturação da área de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde na Bahia de 1974-2004. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2006;30(1): 105-28.
71. Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1986;2(4): 533-552.
72. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. Brasília: 2007.
73. Ministério da Educação/Universidade Federal da Bahia. Plano de Expansão e Reestruturação da Arquitetura Curricular na Universidade Federal da Bahia. Documento preliminar para consulta pública. Versão 3.2, 2007, 43p. Disponível em: [twiki.ufba.br/twiki/bin/view/UniversidadeNova/WebHome](http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/UniversidadeNova/WebHome)
74. Almeida Filho N. Modelos de Universidade: no Mundo e no Brasil. "In": Almeida Filho N. Universidade Nova: Textos críticos e esperançosos. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília. Salvador (BA): Editora da Universidade Federal da Bahia; 2007. p. 231-42.
75. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Projeto institucional UFBA. 2008.
76. Atividade Curricular em Comunidade: Manual. Universidade Federal da Bahia, 2009: 1-24.
77. Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão SESAB 2009, 2010.
78. Salvador, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009, 2006.
79. Salvador, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013, 2010.
80. Morita MC, Haddad AE, Araujo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press Editora; 2010.
81. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
82. Oliveira ES, Vieira ALS, Cardoso AL, Filho AA, Garcia ACP. Odontologia. In: Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 89-112.

83. Matos SM. Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de odontologia da Bahia. [Tese]. Salvador: Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, 2006.
84. Costa HOG, Kalil MEX. Construyendo parcerias y alianzas. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C M, editores. La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica: teoría y práctica de un movimiento de cambio, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, Londrina: Ed UEL; 1999. p. 21-8.
85. Santana JP; Campos FE; Sena RR. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: Santana JP; Castro, J (Orgs). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU. Natal: Univ. Fed. Rio Grande do Norte, 1999. p. 109-123.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**



#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “A implementação da política de reorientação da formação profissional em saúde no curso de odontologia da UFBA”, desenvolvida pelo aluno Henrique Sant’Anna Dias, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no processo de implementação da política de reorientação da formação profissional em saúde, nesta instituição. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho tem como objetivo analisar o processo de implementação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE no curso de graduação em odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FO-UFBA).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o processo de implementação dos referidos programas nesta instituição, e fornecer informações referentes aos projetos e ações relacionados ao processo por meio de documentos oficiais (tais como textos, atas, relatórios e materiais de apoio) ou regulamentação específica sobre o tema (Leis, Decretos e Portarias). Caso o(a) Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o(a) Sr(a) poderá solicitar ao entrevistador que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pelo pesquisador e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o entrevistado poderá ser identificado, desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Os resultados da análise são de inteira responsabilidade do pesquisador.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Henrique Sant’Anna Dias  
Pesquisador

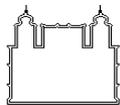
\_\_\_\_\_  
Luciana Dias de Lima  
Pesquisadora-Orientadora

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar, Manguinhos/RJ. CEP. 21041-210. Tel.: (21) 2598 – 2849  
CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo, Manguinhos/RJ. CEP. 21041-210. Tel.: (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

## APÊNDICE B. ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



### ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

**Projeto: A implementação da política de reorientação da formação profissional em saúde no curso de odontologia da UFBA**

Data: \_\_\_\_\_ Local de realização: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

#### Identificação do entrevistado

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### QUESTÕES

#### Bloco I – Os atores e sua participação nos processos reorientadores da formação em saúde

1. Fale sobre sua formação e trajetória profissional, ressaltando sua inserção institucional atual (funções desempenhadas, papel na instituição).

2. O (a) Sr. (a) teve alguma **participação progressa** em ações reformuladoras de currículos, de fomento à integração ensino-serviço, de aproximação do ensino em saúde com o SUS etc?
3. No processo atual de reorientação da formação profissional em saúde, quais eixos/elementos norteadores o (a) Sr.(a) identifica para a **caracterização** desta proposta? No âmbito do Pró-Saúde e do PET-SAÚDE, qual e como tem sido sua **participação** na implementação desta política?

## **Bloco II – Acúmulo institucional no campo da Gestão da Educação na Saúde**

4. Quem (pessoas, instituições e serviços) o(a) Sr.(a) identifica como tendo um papel ou função relevante no processo atual de reorientação da formação profissional [do curso de odontologia da UFBA]? Por quê? Como se dá a participação deles neste processo?
5. Entre estes atores, instituições e serviços identificados acima, há um processo de articulação (diálogo, comunicação, relações) entre eles? Se sim, como funciona e, quais os mecanismos utilizados? [articulação entre os membros da Academia (dirigentes e docentes), gestores e profissionais de saúde]...[do curso de odontologia da UFBA]?
6. Em sua opinião, quais os principais fatores de resistência e, por outro lado, de adesão às propostas no âmbito da(s):
  - a. UFBA – dirigentes e docentes da Universidade e da Faculdade de Odontologia?
  - b. Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal) – corpo dirigente e técnicos da secretaria?
  - c. Serviços de saúde – profissionais de saúde?
7. De que forma o Sr. (a) considera que este processo atual se diferencia e inova frente às experiências anteriores de reformulação profissional em saúde [em odontologia conduzidas na UFBA] [em saúde conduzidas nesta instituição]?

## **Bloco III – Os eixos orientadores da política no âmbito do curso de odontologia da UFBA**

8. Qual a sua visão sobre os processos de **integração entre ensino e serviço** na formação profissional do odontólogo? Quais os limites e possibilidades dessa integração no processo atual no curso de odontologia da UFBA?
9. O que para Sr.(a) significa a **integralidade da atenção à saúde**? De que forma a integralidade da atenção à saúde pode ou não contribuir para a formação profissional em odontologia?

10. O Sr.(a) tem participado/acompanhado o processo de elaboração do **Projeto Político-Pedagógico** para a formação profissional em odontologia na UFBA? Como este se caracteriza, quais os seus limites e possibilidades?
11. Quais os principais fatores que atualmente favorecem e dificultam (obstáculos, contexto desfavorável etc) a implementação em curso dos programas em questão, na área de odontologia na UFBA?

### **Disposições finais**

12. Esses programas foram determinantes para a consolidação/concretude da política federal de reorientação da formação profissional em saúde
13. Quais os principais resultados dessa política? O Sr. (a) identifica mudanças? Quais?
14. Por fim, o (a) Sr.(a) tem alguma sugestão de outros atores importantes para este estudo? Indica leituras? Há algum documento que possa ser disponibilizado como subsidio para a análise?

## ANEXOS

### ANEXO 1. Lista com nomes, inserção profissional e perfil dos atores entrevistados no âmbito do estudo.

Quadro 6. Nomes, inserção profissional e perfil dos atores entrevistados

<b>NOME</b>	<b>INSERÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>PERFIL</b>
Ângela Tamiko Sato Tahara	Professora da Escola de Enfermagem da UFBA Coordenadora do PRÓ-SAÚDE II/UFBA	Graduação em Enfermagem. Especializações na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração em Saúde. Mestrado em Administração e Educação em Enfermagem; Doutorado em Ciências da Saúde Experiência na área hospitalar com atuação prévia no Instituto Cardiopulmonar da Bahia e no HUPES; Atuação no processo editorial da Revista Baiana de Enfermagem e na coordenação da Pós-Graduação em Enfermagem da EEnf-UFBA
Daniela Fontoura Rocha Câmara de Almeida	Sub-coordenadora de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas/SMS-Salvador	Graduação em Psicologia. Especializações em Gestão em Saúde e Gestão de Projetos. Experiência docente em IES privada e no campo de Recursos Humanos desde o ingresso na SMS.
Flávia Daniela Miranda de Mattos	Sub-coordenadora de Acompanhamento Distrital/SMS-Salvador	Graduação em Pedagogia. Experiência em Pedagogia Organizacional. Atuação nos processos recentes de integração ensino-serviço na SMS-Salvador
Heloniza Oliveira Gonçalves Costa	Professora da Escola de Enfermagem da UFBA Diretora da EEnf/UFBA	Graduação em Enfermagem em Saúde Pública/UFBA. Mestrado em Saúde Comunitária/DMP/FAMEB/UFBA. Doutorado em Administração EA-UFBA Trajetória na área hospitalar pelo INAMPS; Atuação na Superintendência de Saúde da SESAB (1987); Foi diretora executiva do Projeto UNI-BAHIA
Ieda Maria Fonseca Santos	Gerente dos Campos de Prática e Estágios/EESP/SESAB	Graduação em Enfermagem. Experiência docente em IES privadas. Trajetória profissional tanto na rede básica quanto na rede hospitalar do Estado da Bahia
Iracema Santos Veloso	Professora Adjunta da Escola de Nutrição da UFBA Diretora da Enut/UFBA Membro do CGL/PRÓ-SAÚDE II/UFBA	Graduação em Nutrição/UFBA. Especialização em Metodologia do Ensino Superior. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Trajetória como Nutricionista em empresas privadas e indústrias na Bahia, na área de Alimentação Institucional. Foi docente do CEFET-BA (atual IFBA), no curso de Administração Hoteleira. Atualmente trabalha com a linha de pesquisa Alimentação do Trabalhador

Jairnilson Silva Paim	Professor titular de Política de Saúde do ISC/UFBA	Graduação em Medicina. Mestrado em Medicina Interna e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Atuação na área de Políticas Públicas e Planificação em Saúde no DMP/FAMEB e, atualmente no ISC-UFBA. Trajetória profissional marcada por inserção na SESAB como Assessor Especial (anos 80) e como representante da UFBA
Jamile Oliveira Lima	Sub-coordenadora de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde/EESP/SESAB	Graduação em Serviço Social/UCSal. Experiência na supervisão de estágios de estudantes da área da saúde em hospitais.
Marcel Lautenschlager Arriaga	Professor da Faculdade de Odontologia da UFBA Coordenador do Colegiado do Curso de Odontologia da UFBA	Graduação em Odontologia/UFS. Especializações em Saúde Pública, Metodologia do Ensino Superior e Endodontia. Mestrado em Odontologia/FO-UFBA e Doutorado em Ciências Odontológicas/Universidad Complutense de Madrid-Espanha. Atuação nos serviços públicos de saúde bucal em São Paulo, tendo sido Coordenador Regional de Saúde Bucal e Diretor de Vigilância Sanitária. Na UFBA, experiência como Chefe do Depto de Odontologia Social e Pediátrica e outras duas vezes como Coordenador do Colegiado do Curso de Odontologia. Participação nas comissões de reformulação do projeto pedagógico na FO-UFBA
Marcele Carneiro Paim	Coordenadora de Estudos e Pesquisas/EESP/SESAB	Graduação em Comunicação Social. Especialização em EAD. Mestranda em Saúde Comunitária/ISC-UFBA. Experiência na área de comunicação digital, produção de web sites. Trabalha atualmente no campo da informação em saúde e também segue carreira docente.
Márcio Lemos Coutinho	Coordenador de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde/EESP/SESAB	Graduação em Fonoaudiologia/UFBA. Especialização em Saúde da Família. Mestrado em Saúde Comunitária/ISC-UFBA. Envolvimento, ainda enquanto aluno de graduação (movimento estudantil), nas discussões de reforma curricular e implantação das DCN, VER-SUS etc.
Maria Cristina Teixeira Cangussú	Professora da Faculdade de Odontologia da UFBA Coordenadora do PET-SAÚDE/UFBA Membro do CGL/PRÓ-SAÚDE II/UFBA	Graduação em Odontologia/UFBA. Mestrado em Saúde Comunitária/ISC-UFBA e Doutorado em Saúde Pública/FSP-USP. Participação no Projeto UNI-BAHIA ainda quando aluna de graduação e, posteriormente, já como docente. Foi chefe do Dpto. de Odontologia Social e Pediátrica da FO-UFBA. Experiência docente nas disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva do curso de Odontologia da UFBA e no mestrado em Odontologia da FO-UFBA

Maria Enoy Neves Gusmão	Professora da Escola de Enfermagem da UFBA Coordenadora do Núcleo de Excelência Clínica e Pesquisa para a Atenção Básica/PET-SAÚDE	Graduação em Enfermagem/UCSAL. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Atuação em Epidemiologia Hospitalar, com participação em comissões de controle e vigilância de infecção hospitalar. Inserção na disciplina de Estágio Curricular II da Eenf-UFBA.
Maria Isabel Pereira Viana	Professora da Faculdade de Odontologia da UFBA Diretora da FO-UFBA Vice-coordenadora do PRÓ-SAÚDE II/UFBA	Graduação em Odontologia/UFBA. Mestrado em Saúde Comunitária/DMP/FAMEB-UFBA e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Participação no Projeto UNI-BAHIA, Projeto CAPES/ABENO/Kellog. Foi coordenadora do NEPOS, chefe do Dpto. de Odontologia Social e Pediátrica e Vice-Diretora da FO-UFBA. Experiência docente nas disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva do curso de Odontologia da UFBA e no mestrado em Odontologia da FO-UFBA
Mariângela Silva de Matos	Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFBA Membro da Comissão de Reformulação do PPP do curso de odontologia da UFBA	Graduação em Odontologia/UFBA. Especialização em Metodologia do Ensino Superior. Mestrado em Odontologia/FO-UFBA e Doutorado em Educação/FACED-UFBA. Participação no Projeto UNI-BAHIA enquanto estudante. Atuação nas comissões de reformulação do PPP do curso de Odontologia da UFBA. Professora da disciplina de Cariologia da FO-UFBA e trabalha com o tema da formação ético-humanística dos graduandos em odontologia.
Mônica Lima de Jesus	Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UFBA Ex-coordenadora do CGL/PRÓ-SAÚDE II/UFBA	Graduação em Psicologia/UFBA. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Participação no Projeto UNI-BAHIA quando estudante. Experiência de inserção no FNEPAS e nas discussões em torno da formação do psicólogo no exercício da multiprofissionalidade. Foi coordenadora do Colegiado de Psicologia e atua como pesquisadora no Laboratório de Estudos do Vínculo e Subjetividade e no Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental.
Naomar Monteiro de Almeida Filho	Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA Reitor da Universidade Federal da Bahia (2003-2010)	Graduação em Medicina. Especialização em Psiquiatria. Mestrado em Saúde Comunitária/DMP/FAMEB/UFBA e Doutorado em Epidemiologia-Antropologia Médica/University of North Carolina/EUA. Participação no Programa IDA. Experiência em reformas curriculares na pós-graduação do DMP e no ISC, bem como na coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Trabalha com a linha de pesquisa Epidemiologia e Transtornos Mentais. Participação, enquanto reitor, no processo de reestruturação da arquitetura curricular da UFBA, por meio da proposta Universidade Nova
Norma Ferreira Gomes	Gerente da Unidade de Saúde da Família Fazenda Coutos III	Graduação em Administração Hospitalar. Experiência na gestão de RH e provisão de materiais

Regina Coeli Alves Vieira Lima	Odontóloga da Unidade de Saúde da Família Fazenda Coutos III	Graduação em Odontologia/UFBA. Especialização em Saúde da Família. Atuação prévia em consultório particular. Trabalha há 8 anos como Odontóloga na SMS
Renata Maria de Oliveira Costa	Coordenadora de Ensino/EESP/SESAB	Graduação em Enfermagem/UFBA. Especialização em Medicina Social (Residência em Saúde da Família)/ISC-UFBA e em Saúde Pública. Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ENSP-Fiocruz. Experiência na gestão da atenção básica à saúde na Bahia, ocupando cargos de supervisão em Saúde da Família e em diretorias da SUPERH-SESAB
Selma Catalá	Odontóloga da Unidade de Saúde da Família Fazenda Coutos III	Graduação em Odontologia/UFBA. Enquanto aluna, atuou no NEPOS. Trabalhou em clínica de extensão da UFBA, no SESC e em consultório particular. Atua na Saúde da Família desde 2004
Sônia Cristina Lima Chaves	Professora da Faculdade de Odontologia da UFBA Membro da Comissão de Reformulação do PPP do curso de odontologia da UFBA	Graduação em Odontologia. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva/ISC-UFBA. Participação nos processos de reestruturação do PPP do curso de odontologia da UFBA, com destaque para a implantação do TCC e adequação curricular às DCN.
Thaís Regis Aranha Rossi	Odontóloga da FO-UFBA Coordenadora da Central de Atendimento ao Paciente da FO-UFBA	Graduação em Odontologia. Especialização em Gestão em Saúde/ENSP-Fiocruz. Mestranda em Saúde Coletiva/ISC-UFBA.

Fonte: Elaboração própria. Fevereiro de 2011.

