

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

SANDRA MARCIA SOARES SCHMIDT

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA,
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

S349o SCHMIDT, Sandra Marcia Soares

O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica, 2008 [tese] / Sandra Marcia Soares Schmidt– Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

181 p.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Estudo e ensino. 2. Ensino Superior. 3. Serviços de Saúde. I. Autor.

CDU – 61:37

SANDRA MARCIA SOARES SCHMIDT

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA,
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Educação, Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Co-orientadora: Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana

Orientadora do Doutorado Sanduíche no Exterior:
Dra. Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

**FLORIANÓPOLIS
2008**

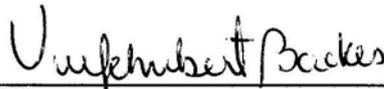
SANDRA MARCIA SOARES SCHMIDT

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA, NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

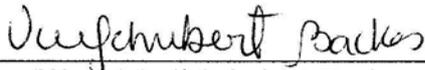
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 12 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

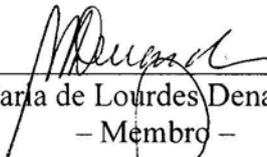


p/ Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

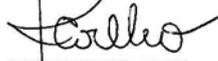
BANCA EXAMINADORA:



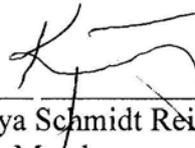
Dra. Vânia Marli Schubert Backes
- Presidente -



Dra. Marla de Lourdes Denardin Budó
- Membro -



Dra. Izabel Cristina Meister Coelho
- Membro -



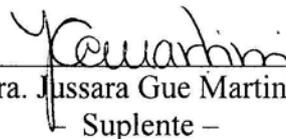
Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
- Membro -



Dr. Cláudio José Amante
- Membro -



Dra. Beatriz Unfer
- Membro -



Dra. Jussara Gue Martini
- Suplente -

À Eduarda,
uma página de agradecimento só para ti.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Hospital Universitário de Santa Maria – meu mundo do trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de conviver em seus espaços acadêmicos, tanto na Graduação como na Pós-graduação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo provimento das despesas com meus estudos no Brasil e em Portugal.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade de conhecer outros mundos de escolas e serviços.

À Rede Docente-Assistencial – UFSC/Prefeitura Municipal de Florianópolis, concretização da idéia que gerou essa tese.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

DOS LIVROS

*Não percas nunca, pelo vão saber,
A fonte viva da sabedoria.
Por mais que estudes, que te adiantaria,
Se a teu amigo tu não sabes ler.*
(Mario Quintana)

A Deus, pelas oportunidades que tem ofertado.

Eduardo (*in memoriam*) e Cecilia, por terem me ensinando a importância dos estudos, toda a minha gratidão e amor.

À Vânia, pela amizade e a maneira com que conduziu a orientação.

À Maria do Horto, por ensinar que doutorado não é só fazer uma tese.

À Maria Arminda, pela orientação durante o doutorado sanduíche. Por construir uma casa do outro lado do oceano.

À Maria Lúcia, Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário, que autorizou meu afastamento para cursar o doutorado, por entender a importância da qualificação profissional para o fortalecimento do SUS.

À minha família de origem: aos tios, tias, primos e primas, e em especial ao Carlos Eduardo, Marina e Jussara, por serem porto seguro para onde sempre posso voltar.

Ao Luis Fernando. (Ele sabe o porquê).

À Karla e ao Felipe, por acolherem a Eduarda sempre que precisei e por nossas calorosas discussões sobre a formação do cirurgião dentista.

A meus sogros, Fernando Adão e Maria Wardereza, pelo carinho que me dedicam e que retribuo.

À Ana Beatriz (Maninha), que acompanhou minha trajetória profissional. Quem diria que de um castigo inicial brotaria essa parceria e amizade?

Aos coordenadores, colegas e secretário de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, pelo incentivo e torcida durante o processo de seleção do doutorado.

Aos participantes do EDEN – Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde, um âmbito no qual a educação é o assunto do momento (sempre).

Aos colegas do Curso: Ana Rosete, Cláudia, Carlos Medrano, Francisca, Helena, Laura, Luiz Alberto, Luiz Anildo, Mara, Maria Selo, Marlene, Nen Nalú, Rosangela, Silvana e Silviamar, pela convivência, socialização dos conhecimentos e pelos momentos de alegria e angústias em que estávamos juntos. Em especial, às minhas colegas gaúchas Marlene, Silviamar e Janice, pelas nossas trajetórias do ir e vir.

À Fabiane, pelos nossos papos em prol da enfermagem, e pela acolhida generosa sempre que precisei de sua casa.

Aos sujeitos da minha pesquisa, por terem possibilitado a construção deste trabalho, por meio de suas experiências. Que se percebam co-autores.

A todos que contribuíram (e não foram poucos), de uma maneira ou de outra, nesta caminhada, os meus sinceros agradecimentos.

SCHMIDT, Sandra Márcia Soares. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, nos serviços de atenção básica.** 2008. 181 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Linha de Pesquisa: Educação, Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Co-Orientadora: Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana

RESUMO

O estudo versa sobre a formação graduada de profissionais com perfil adequado para o Sistema Único de Saúde do Brasil. Esse perfil não é o que vem sendo privilegiado historicamente nas instituições de ensino de nível superior (mundo da escola) formadoras de profissionais da saúde, particularmente no processo de ensino-aprendizagem que se desenvolve nos serviços de saúde (mundo do trabalho). Considera-se necessário que as instituições de ensino e de assistência à saúde, principalmente as da atenção básica, favoreçam o desenvolvimento de competências previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para cada Curso, ao mesmo tempo em que mantêm a qualidade da assistência à saúde prestada. O estudo objetivou compreender o processo de formação dos futuros profissionais de saúde, nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, nos Serviços de Atenção Básica, em uma Instituição de Ensino Superior da região Sul do Brasil, tendo como referencial as Diretrizes Curriculares Nacionais e os escritos de Gastão Wagner de Sousa Campos. O método utilizado foi o estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa. Foi utilizada a triangulação como forma de garantir a confiabilidade e a convergência dos resultados advindos de fontes de dados, acessadas por diferentes técnicas, como a observação participante, entrevista e análise documental. Os dados foram analisados pela análise temática de Minayo, levando à construção de categorias e subcategorias e posterior utilização do Software Atlas Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions), o qual auxiliou na codificação dos dados. As categorias construídas foram: a) Planejamento das oportunidades de aprendizagem e ações desenvolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola; b) Preparo das pessoas envolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola; e c) Compromisso da Formação Profissional com as DCNs: novas práticas, velhas práticas. Discutiu-se que as possibilidades para o processo de formação nos Serviços de Atenção Básica em um âmbito conhecido pressupõem a tomada de novas atitudes diante da realidade observada por parte dos profissionais, tanto do mundo do trabalho como do mundo da escola, a fim de transformá-lo. Para ocorrer a transformação nesses mundos, os sujeitos que estão envolvidos em cada um deles precisam dialogar entre si e planejar juntos, construir momentos de co-gestão e criarem oportunidades de ensino-aprendizagem que atendam às expectativas e necessidades da sociedade. Também, é importante que esses mundos desenvolvam projetos integrados que atendam às áreas de relevância do mundo do trabalho e que sejam oportunidades de desenvolvimento de competência dos futuros profissionais de saúde. A educação permanente de coordenadores, professores, futuros profissionais de saúde e dos trabalhadores de saúde em muito contribuiria para auxiliar nesses processos de mudanças. Não é tarefa fácil transformar as práticas de ensino e de saúde. O mundo do trabalho e o mundo da escola – dois mundos em transformação – são espaços em que o Pacto pela Saúde deve ser um eixo transversal. São necessárias mudanças em prol de uma realidade não só desejada, mas necessária e possível,

em que não existe uma situação definitiva, mas sim um âmbito da inconclusão humana, construindo o inédito viável pelo qual lutamos e sonhamos.

Palavras-chave: Enfermagem, Medicina, Odontologia, Serviços de Saúde, Currículo, Educação Superior.

ABSTRACT

The study discusses higher education for professionals with a profile proper for Brazil's Unified Health System. Such profile has not been historically favored in higher education institutions (the world of school) that train health professionals, especially in the teaching-learning process that takes place within health care services (the world of labor). Teaching and health institutions, particularly those in charge of basic care, should favor the development of competences included in the National Curriculum Guidelines (*Diretrizes Curriculares Nacionais, or DCN*) for each of the courses, simultaneously to maintaining the quality of health care provided. The study is aimed at understanding the process of training future health professionals in the courses of Nursing, Medicine, and Dentistry in Basic Health Care services in a Higher Education Institution in southern Brazil. Its references were the National Curriculum Guidelines and Gastão Wagner de Sousa Campos' works. The method used was a descriptive case study from a qualitative approach. Triangulation was used to guarantee reliability and convergence of results from data sources, accessed through distinct techniques such as participant observation, interviews, and document analysis. Data were analyzed under Minayo's themes, leading to the construction of categories and subcategories and later use of the Atlas Ti 5.0 software (Qualitative Research and Solutions), which helped in data coding. Categories built were: a) Planning of learning opportunities and actions developed in the world of labor and the world of school; b) Training of people involved in the world of labor and the world of school; e c) Commitment of Professional Training with National Curriculum Guidelines: new practices, old practices. It is argued that the possibility for the training process in basic care services – new ways within a known sphere – presupposes new attitudes in face of the reality seen by part of professionals both from the world of labor and from the world of school, in order to change it. For change to take place in those spheres, subjects involved in each world have to dialogue and plan together, build co-management moments and create teaching-learning opportunities that meet society's needs and expectations. It is important that those worlds carry out integrated projects that serve the areas of relevance in the world of labor and give opportunities for the development of competences of future health professionals. Permanent education of coordinators, teachers, as well as current and future health workers would be highly beneficial to those processes of change. It is not easy to change teaching and health practices. The world of labor and the world of school – two changing worlds – are spaces where the pact for health must be a transversal axis. Changes are needed to advance towards a reality that is not only desired, but also necessary and possible, where there is no definite situation; there is rather a sphere of human inconclusiveness, building the feasible unprecedented for which we all struggle and dream.

Key words: Nursing, Medicine, Dentistry, Health Services, Curriculum, Higher Education.

RESUMEN

El estudio versa sobre el proceso formativo en la graduación de profesionales con perfil adecuado al Sistema Único de Salud brasileño. Ese perfil no es el que históricamente se ha privilegiado en instituciones de enseñanza superior (mundo de la escuela) formadoras de profesionales de la salud, particularmente durante el proceso de enseñanza-aprendizaje que desarrollan los servicios de salud (mundo del trabajo). Es necesario que las instituciones de enseñanza y asistencia a la salud, particularmente aquellas dedicadas a la atención básica, favorezcan el desarrollo de competencias previstas en las Directrices Curriculares Nacionales para cada Curso, mientras mantienen la calidad de la asistencia a la salud. El estudio se propuso comprender el proceso de formación de los profesionales en los cursos de Enfermería, Medicina y Odontología en los Servicios de Atención Básica en una Institución de Enseñanza Superior del Sur de Brasil, teniendo como referencia las Directrices Curriculares Nacionales y los escritos de Gastão Wagner de Sousa Campos. El método fue el estudio de caso descriptivo, con un abordaje cualitativo. Fue utilizada la triangulación para garantizar la confiabilidad y convergencia de los resultados obtenidos de fuentes de datos, consultadas mediante diferentes técnicas, como observación participativa, entrevista y análisis documental. Los datos se analizaron mediante análisis temático de Minayo, que llevó construir categorías y subcategorías y a la posterior utilización del Software Atlas Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions), que auxilió en la codificación de datos. Las categorías construidas fueron: a) Planificación de oportunidades de aprendizaje y acciones desarrolladas en el mundo del trabajo y de la escuela. b) Preparación de personas involucradas en el mundo del trabajo y de la escuela y c) Compromiso de la Formación Profesional con las DCNs: nuevas prácticas, viejas prácticas. Se discute que las posibilidades del proceso de formación en los servicios de atención básica – nuevos caminos en un ámbito conocido, presuponen adoptar nuevas actitudes frente a la realidad observada por parte de los profesionales tanto del mundo del trabajo como de la escuela, objetivando transformarlo. Para que la transformación ocurra, los sujetos involucrados en cada mundo deben dialogar entre sí, planificar juntos, construir momentos de co-gestión y crear oportunidades de enseñanza-aprendizaje que atiendan las expectativas y necesidades de la sociedad. También es importante que esos mundos desarrollen proyectos integrados que atiendan áreas relevantes del mundo del trabajo y sean oportunidades para desarrollar la competencia de los futuros profesionales. La educación permanente de coordinadores, profesores, futuros trabajadores y quienes ya son trabajadores de la salud contribuiría mucho, auxiliando esos procesos de cambio. No es tarea fácil transformar prácticas de enseñanza y salud. El mundo del trabajo y el de la escuela — dos mundos en transformación, son espacios en los que el pacto por la salud debe ser un eje transversal. Son necesarios cambios a favor de una realidad no sólo deseada, sino necesaria y posible, en que no exista una situación definitiva, sino un ámbito de inconclusión humana, construyendo lo inédito viable porque luchamos y soñamos.

Palabras clave: Enfermería, Medicina, Odontología, Servicios de Salud, Currículo, Educación Superior.

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACE – Avaliação das Condições de Ensino
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AI – Avaliação Institucional
CEBES – Centro Brasileiro de Ensino Superior
CEPEn – Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
CES – Câmara de Educação Superior
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CINAEM – Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COBEM – Congresso Brasileiro de Educação Médica
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CRST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
DEGES – Departamento de Gestão e Educação na Saúde
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
ENC – Exame Nacional de Cursos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FORGRAD – Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras
HU – Hospital Universitário
IDA – Integração Docente-Assistencial
IES – Instituição de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB – Lei das Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NEPeS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde
PPC – Projetos Pedagógicos dos Cursos
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSF – Programa de Saúde da Família
SESU – Secretaria de Educação Superior
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
THD – Técnica em Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNI – Programa União com a Comunidade
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Protocolo para coleta de dados	69
Quadro 2: Demonstrativo dos cenários de práticas e semestres fixados para a coleta de dados, e demais semestres observados e analisados os documentos.....	71
Quadro 3: Registro das anotações.....	73
Quadro 4: Semestres com atividades práticas na Rede de Atenção Básica, nos Cursos 1, 2 e 3.	88

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	11
LISTA DE QUADROS.....	13
1 APRESENTANDO O ESTUDO	16
2 A INTERFACE DO MUNDO DA ESCOLA COM O MUNDO DO TRABALHO.....	27
2.1 A UNIVERSIDADE E SUAS FUNÇÕES – O MUNDO DA ESCOLA	27
2.2 OS MOVIMENTOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: UM POUCO DA HISTÓRIA	33
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA – O MUNDO DO TRABALHO	41
2.4 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E O PROCESSO DE FORMAÇÃO	47
2.5 PRESSUPOSTOS PARA O MUNDO DA ESCOLA E O MUNDO DO TRABALHO..	51
2.6 AS CONTRIBUIÇÕES DE GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA	53
2.7 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE	58
3 O PERCURSO METODOLÓGICO	65
3.1 TIPO DE ESTUDO	65
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	69
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	70
3.3.1 Observação participante e locais observados.....	70
3.3.2 Entrevistas semi-estruturadas	74
3.3.3 Análise documental	75
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	75
3.5 O RIGOR E OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS NESTE ESTUDO DE CASO	77
4 RESULTADOS: DESCRIÇÃO DO MUNDO DA ESCOLA, DO MUNDO DO TRABALHO E DO PROCESSO DE FORMAÇÃO.....	79
4.1 MUNDO DA ESCOLA.....	79
4.1.1 Curso 1.....	80
4.1.2 Curso 2.....	80
4.1.3 Curso 3.....	81
4.2 MUNDO DO TRABALHO	81
4.2.1 Unidade de Programa de Saúde da Família.....	82
4.2.2 Unidade Básica de Saúde	83
4.2.3 Clínica Extramuros mantida pela IES	84
4.3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA.....	84
4.3.1 Planejamento das oportunidades de aprendizagem e ações desenvolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola.....	85
4.3.2 Preparo dos sujeitos envolvidos no mundo do trabalho e no mundo da escola....	103
4.3.3 Compromisso da formação profissional com as DCNS: novas práticas, velhas práticas	111

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: COMPREENDENDO E REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA....	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – NOVOS CAMINHOS EM UM ÂMBITO CONHECIDO	155
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	174
ANEXOS	180

1 APRESENTANDO O ESTUDO

*Quem dera eu achasse um jeito
de fazer tudo perfeito,
feito a coisa fosse o projeto
e tudo já nascesse satisfeito.*
(Mario Quintana)

Para ocorrer a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), novas atitudes são requeridas por parte dos vários sujeitos¹ envolvidos, de modo a oferecer atenção integral, resolutiva e de qualidade em todos os níveis do sistema. São necessários profissionais com um novo perfil, com competências e habilidades gerais para enfrentar as mudanças que já ocorreram e as que ainda precisam ocorrer para a consolidação do SUS.

Para formar profissionais com perfil adequado para o presente e o futuro, considerando as necessidades sociais, torna-se indispensável que sejam desenvolvidas suas capacidades de trabalhar em equipe, de saber comunicar-se e agir diante das diferentes situações, de aprender a aprender, entre outras. Esse perfil ideal, contudo, não é o que vem sendo privilegiado historicamente nas instituições de ensino de nível superior. Para essa mudança, é necessário que essas instituições (mundo da escola²) passem a favorecer a capacidade de reflexão e o espírito crítico dos estudantes. Por outro lado, também é necessário que os serviços de saúde, que são os cenários das práticas (mundo do trabalho³), proporcionem aos futuros trabalhadores de saúde oportunidades para o desenvolvimento dessas capacidades. Por último, é necessário que as pessoas desses mundos interajam e contribuam para o crescimento de ambos.

Podemos afirmar que há um descompasso entre o perfil desejado para os profissionais e o que seria necessário para formá-los, tanto no mundo da escola quanto no do trabalho. Esse descompasso também se dá pelo histórico distanciamento existente entre a formação

¹ Sujeito é uma síntese singular, resultante do entrechoque entre determinantes e condicionantes particulares e universais e a capacidade do próprio Sujeito de alterá-los, mediante processos de análise e de intervenção sobre esses fatores. O Sujeito é uma síntese mutante, com um Núcleo de identidade e um Campo de influências onde ocorrem processos de mudanças. (CAMPOS, 2000a).

² Refere-se às Instituições de Ensino Superior privadas e públicas. Neste trabalho, utilizo a expressão *Universidades* por ser o cenário onde mais frequentemente existem os três cursos em estudo.

³ Refere-se às Instituições que prestam assistência à Saúde, onde também se desenvolvem as atividades práticas do ensino, neste estudo, focalizadas na Atenção Básica à Saúde.

acadêmica e as reais necessidades dos cenários de práticas.

Portanto, uma necessidade premente, que merece atenção tanto das instituições formadoras quanto dos serviços de saúde e de sua gestão, é o compromisso com o processo de formação dos futuros profissionais de saúde, que inclui a necessidade de educação permanente para os professores e também para os trabalhadores de saúde que estiverem envolvidos com esse processo.

Na interseção entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, encontram-se e desencontram-se os estudantes das áreas da saúde, os professores, os trabalhadores da saúde, os gestores e o controle social, entre outros. Essas pessoas muitas vezes não dialogam entre si. Entretanto, se quisermos formar profissionais comprometidos com a saúde da população, com um novo perfil, precisamos fazer esses dois ‘mundos’ dialogarem e assumirem responsabilidades com a formação e com a assistência oferecidas à população.

Quando nos referimos que precisam dialogar entre si, é porque nesses mundos as expectativas e as ações dos sujeitos são diferentes, e o produto de seus trabalhos também, pois um preocupa-se com a formação, o outro com a prestação da assistência. Mas os dois se complementam, ou seja, um precisa do outro para modificar, rever, criar e recriar o seu trabalho cotidiano.

A percepção dessa necessidade não é nova e, nesse sentido, vários esforços foram feitos para aproximar o mundo da escola com o mundo do trabalho, e, conseqüentemente, fortalecer estratégias para a construção do SUS. Entre eles, destacamos o texto da Constituição Brasileira, que, em seu Artigo 200, refere-se à ordenação da formação de recursos humanos da área da saúde para o SUS (BRASIL, 1988), as Conferências Nacionais de Saúde – CNS (BRASIL, 1993), o programa de Integração Docente Assistencial – IDA (BRASIL, 1981), o Programa União com a Comunidade – UNI e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina – PROMED. (BRASIL, 2002).

Ainda, entre 2001 e 2004, foram aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde, provocando um processo de implantação de novos currículos nos cursos de graduação nessa área, somando-se ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e aos movimentos educacionais.

As Diretrizes Curriculares recomendam que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando à continuidade do processo de formação e à competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Além desse redirecionamento na formação,

as DCNs inserem no processo de formação noções inovadoras, tais como as competências comuns entre as 14 profissões da área da saúde, as metodologias ativas de aprendizagem, a inserção precoce em cenários de prática, entre outros.

Ficou também estabelecida, nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade, enfocando assim elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação, como o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2001).

As DCNs recomendam mudar a lógica do ensino tradicional centrado no professor e nas tecnologias educacionais, para diversificar os cenários de ensino, que passam a ser multireferenciais, através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Propõem que a articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, entre professores e estudantes e as experiências intercursos de uma mesma Instituição de Ensino Superior (IES) ou entre IESs seja um momento rico de trocas de experiências e promoção da prática multiprofissional e interdisciplinar. (ABEn, 2004).

Mudanças estruturais no Ministério da Saúde também contribuíram para a aproximação desses dois mundos. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com os objetivos de: motivar a mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação; promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde; promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área. (BRASIL, 2004a).

Várias políticas por parte dessa Secretaria foram implementadas para contribuir no processo de formação, proporcionando uma vivência próxima da realidade a ser encontrada no mundo do trabalho. Pode ser citada a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, instituída em 2003, que é responsável pela: formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de escolaridade; capacitação de profissionais de outras áreas, favorecendo a articulação intersetorial, incentivando a participação e o controle social no setor da saúde; interação com a escola básica, no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Essa política trabalha as especificidades da educação superior, educação técnica e educação popular em saúde, alimentando sua articulação por meio de três eixos fundamentais que são a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde e a produção e disseminação de conhecimento.

Ainda, dentre as políticas, vale destacar a política nacional do AprenderSUS, instituída em 2004, a fim de apoiar as mudanças nas graduações da área da saúde. Essa iniciativa almejava atender a reivindicações do setor saúde para o campo da formação, quando proporciona articulações interministeriais, envolvendo o Ministério da Saúde (MS) e o da Educação (ME), e se estabelece como propulsora de iniciativas com a participação efetiva dos estudantes na condução dos processos educativos, mobilizando-os para as necessárias transformações do ensino. (BRASIL, 2004b).

Além dessas políticas citadas, o Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES/MS) realizou, em conjunto com as associações de ensino das profissões na área de saúde, uma reunião com o objetivo de articular uma iniciativa de ação coletiva envolvendo as várias instituições. Essa discussão resultou na criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), com o objetivo de contribuir para a ação de mudança na graduação, apoiando o processo de implantação das diretrizes curriculares, no contexto de uma ação coletiva que partilhe da concepção da integralidade⁴ e articule os cursos de graduação da saúde a mudanças comprometidas com as necessidades de saúde da população e com o desenvolvimento do SUS constituído. (ABEn, 2004).

Nesse processo, o FNEPAS vem propondo um plano de trabalho com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério de Educação e Cultura (INEP/MEC) e iniciando contato com a Comissão da Reforma Universitária/MEC e as associações de ensino das profissões organizadas, de modo que as avaliações das instituições de ensino possam valorizar o compromisso social, as políticas públicas de saúde, a relação intercursos e as experiências de ensino-aprendizagem criativas, para que se construa uma educação permanente, intersetorial e multiprofissional. (ABEn, 2004).

É extremamente importante a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, a fim de permitir o desenvolvimento das potencialidades existentes em cada realidade, mas para tanto é preciso pensar estratégias para que realmente os sujeitos se mobilizem e façam os seus papéis como agentes de mudanças,

⁴ Integralidade na perspectiva de que se formem redes de cuidados progressivos, em que a atenção se dê em todas as instâncias de atendimento e por todas as profissões de saúde, com enfoque no trabalho em equipe, na multidisciplinaridade, na interdisciplinaridade e na redução do sofrimento dos indivíduos, e que proporcione o direito à cidadania. (CECCIM, 2005).

para a construção efetiva do SUS. (CECCIM, 2005).

A partir da minha experiência como trabalhadora da saúde em um Hospital Universitário, da região Sul, que serve de cenário de prática para os cursos da área da saúde, interessei-me pela temática de formação profissional. Ingressei nessa instituição em 1983 e iniciei minha caminhada profissional em áreas cirúrgicas, e, em 1996, iniciei na chefia do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem.

No período do meu ingresso na instituição, década de 80, comentava-se muito sobre o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), que mobilizava as universidades. Nesse período, sentia certo desconforto ao ouvir falar de “Integração Docente-Assistencial”, pois minha preocupação central, como trabalhadora da saúde no Hospital Universitário (HU), era com a assistência prestada.

À época, em minha área de atuação questionava: Como ocorre a formação dos estudantes se os cenários de práticas se modificavam e o diálogo entre o mundo da escola e o mundo do trabalho não acontece com muita frequência? Como os docentes se percebem fazendo as supervisões nos cenários de práticas, durante o período das atividades práticas? Qual o meu papel e compromisso como trabalhadora da saúde na assistência do HU no processo de formação desses estudantes? Apesar de não encontrar todas as respostas para os meus questionamentos, algumas, ao longo da trajetória profissional, começaram a ficar mais claras. Um dos fatores que me auxiliou foi ter assumido a chefia do Serviço de Educação Continuada na Enfermagem do HU. Iniciei buscando parcerias para melhor desenvolver essa atividade, com as coordenadoras de área da enfermagem, com o Departamento de Enfermagem dessa IES da região Sul, com a coordenadora da área administrativa do HU, buscando possibilidades de desenvolver esse serviço de forma mais integrada.

Uma das parcerias com o Departamento de Enfermagem ocorreu com a Disciplina de Administração dos Serviços de Enfermagem, em que havia supervisão indireta dos estudantes por parte dos docentes e, após um período na unidade e com a orientação do enfermeiro do campo, os estudantes assumiam a unidade, e o enfermeiro tinha condições de participar de programas de educação continuada. Foi possível planejar as escalas dos alunos juntamente com a do enfermeiro, facilitando o andamento das atividades e a possibilidade de projetarmos capacitações.

Também começamos com estágios de alunos do 8º semestre no Serviço de Educação Continuada de Enfermagem, com a Disciplina Estágio Supervisionado. Esse momento foi muito singular, com experiências para o entendimento da importância da integração ensino-

serviço e da integração docente-assistencial, para o processo de formação. Destaco a contribuição dos estudantes para o serviço, quando desenvolveram seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) junto ao Serviço de Educação Continuada, trazendo uma valiosa contribuição para este. Vale ressaltar alguns trabalhos como Hoffmann (2001), Nunes (2002), Ferraz (2003), Loureiro (2004), entre outros.

Em 2000, ingressei no Mestrado em Educação, em que desenvolvi minha dissertação, intitulada Educação Continuada no Trabalho: limites e possibilidades de construção de uma política institucional transformadora, tendo como cenário de pesquisa o Hospital Universitário. Esse estudo, além do crescimento pessoal, também me possibilitou avançar no processo de aproximação entre o mundo do trabalho e o da escola. (SCHMIDT, 2002).

Após o término do mestrado, prestei concurso para professor substituto na disciplina de Administração em Enfermagem, no Departamento de Enfermagem, momento ímpar e muito interessante por participar desses dois mundos. Foi possível conhecer cada um deles e reafirmar o quanto não conhecemos as suas especificidades, e como o diálogo seria importante e ajudaria nessa aproximação. Ficou evidente que muitos arranjos são construídos, mas de modo informal, pessoal e não profissional, ficando impraticável a sustentação por muito tempo.

Como enfermeira do Serviço de Educação Continuada e sempre buscando parcerias com a formação, comecei a participar mais dos processos de construção dessa rede de integração. Também participei do Colegiado do Curso como representante do HU e, durante a formação do Projeto Político Pedagógico, compareci às reuniões, mas, não familiarizada com a academia, sentia-me muitas vezes deslocada e com pouco entendimento de algumas discussões. Essas experiências me trouxeram momentos de muitas reflexões.

Em 2004, participei como tutora do curso de Facilitadores do Pólo de Educação Permanente, e era representante do HU no Pólo, função esta que fortaleceu mais a importância da aproximação desses dois mundos, o que também previa esta política, conforme a Portaria nº198 (BRASIL, 2004a), atualmente nº 1996 (BRASIL, 2007).

Importante lembrar que, desde a Conferência de Alma-Ata, existem críticas ao modelo de organização dos Serviços de Saúde e à utilização indiscriminada de altas tecnologias para o atendimento. No sentido de solucionar tal questão, várias experiências na saúde comunitária foram realizadas no mundo. Isso colaborou para a organização dos Sistemas Nacionais de Saúde, para que aconteçam em nível crescente de complexidade, com ênfase na Atenção Primária em Saúde. (FEUERWERKER, COSTA, RANGEL, 2000).

Com base nessa conferência e nas demais, podemos dizer que existe a necessidade de reorientar o ensino no sentido de formar profissionais que atendam às necessidades da população, que trabalhem em equipe e principalmente que consigam dialogar; e que também deve haver uma sincronia no que se aprende e no que se faz, ou seja, que o mundo da escola dialogue com o mundo do trabalho.

Quando me refiro ao diálogo, falo não só sobre trocar idéias, mas sim a respeito daquele diálogo que transforma, e aí me remeto a Freire (1987), quando defende que o diálogo deve ser na comunicação entre os sujeitos, um encontro que se realiza na práxis – ação com reflexão, para a tarefa comum de saber agir, de ser mais. Esse diálogo deve ser verdadeiro, um pensar crítico fundado no amor, na humildade, na fé, baseado em uma relação horizontal de confiança, no engajamento e compromisso com a transformação social.

Considerando os desafios colocados e acreditando na educação dos trabalhadores de saúde e dos futuros trabalhadores, penso que precisamos romper com muitas situações postas na formação dos profissionais de saúde, dentre as quais com o modelo tecnoassistencial hegemônico, de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que ainda prevalece e encarece muito os custos da assistência à saúde. Esse modelo se detém no conhecimento especializado, nos equipamentos, em fármacos, enfim em toda a tecnologia existente em um hospital. Portanto, é necessário mudar a lógica, pois o assistir à saúde deve estar centrado no acolhimento, no vínculo com o usuário, na busca da promoção da saúde, na integralidade da assistência pautada na defesa da vida. (CAMPOS, 2006a).

Corroborando com Campos (2000b), percebo que atualmente é premente uma identificação entre as disciplinas e também com os campos de prática, pois, “quase todo campo científico ou de prática seria interdisciplinar e multiprofissional” (p. 219). Esse autor, juntamente com um grupo de pesquisadores, formula seus conceitos de núcleo e campo a partir da institucionalização dos saberes e sua organização na prática, considerando “núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional”, e o “campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissões buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. (CAMPOS, 2000b, p. 219).

Campos (2003b, p. 17) reforça que o “trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão”, e que “a co-gestão é um modo de articulá-los em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos

trabalhadores”.

Nesse sentido, precisamos, como trabalhadores do mundo da escola e do mundo do trabalho na saúde, mostrar a importância do trabalho em equipe, da interdisciplinaridade, fortalecendo, assim, o SUS que queremos. Precisamos reforçar aos trabalhadores de saúde, professores e futuros trabalhadores, a necessidade de rever o que e como fazer, para que a prática seja estruturada a partir da realidade, que também permita transformá-la, garantindo, dessa forma, um maior envolvimento com as políticas de saúde e contribuindo para o aprimoramento do SUS.

Vale destacar que, em novembro de 2005, a Portaria Interministerial nº 2118 instituiu 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 (BRASIL, 2005a), como tentativa de aproximação do mundo da escola com o mundo do trabalho. Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I. (BRASIL, 2005b).

O Pró-Saúde I conta com a parceria do MS, do ME e a da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Também tem a participação de representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Odontologia (CFO), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), da Associação Brasileira de Odontologia (Abeno), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e das Instituições de Ensino Superior (IES). O Pró-Saúde I tem a expectativa de reorientar o processo de formação, visando à aproximação entre a graduação e as necessidades da Atenção Básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família, com o objetivo de dar respostas concretas para a população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos esses casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005b).

A Atenção Básica é regulada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Esta, em seu item 3, da Infra-estrutura e dos Recursos Humanos, menciona a necessidade da equipe multiprofissional ser composta pelos seguintes profissionais de nível superior: enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, sendo que as demais podem ser de nível médio. Essa é também a proposta inicial do Pró-Saúde I, a de trabalhar inicialmente com essas três profissões de nível

superior. (BRASIL, 2006).

Percebemos que, no Brasil, há um elenco de propostas e experiências de aproximação entre instituições de ensino e de serviços, mas essa proximidade está ainda muito aquém do necessário. É igualmente necessário que a comunidade tome consciência da importância da valorização e do investimento nos profissionais da saúde, e que estes desempenhem seus papéis na formação, na atenção, na gestão e no controle social, promovendo uma assistência mais humanizada, de alta qualidade e com resolutividade.

Em face do proposto nas políticas, projetos governamentais, experiências concretas e na minha caminhada profissional, justifico a minha intenção de estudar o processo de formação nos cenários de práticas dos Serviços de Atenção Básica dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em uma IES da região Sul, por serem esses os cursos que contemplam a Estratégia de Saúde da Família, consolidada como prioritária para a reorganização da atenção à saúde, que se traduz no Brasil pela Política Nacional de Atenção Básica.

Diante dessas considerações, formulo a seguinte questão norteadora, que me remete à investigação do objeto de estudo.

Como é o processo de formação dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, nos Serviços de Atenção Básica, em relação ao descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais em uma Instituição de Ensino Superior Pública?

O interesse pelo tema *processo de formação* gera um recorte para o presente estudo, cuja dimensão é definida a partir da questão norteadora, que pretende ser sustentada pelos escritos de Gastão Wagner de Sousa Campos e o preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Dessa definição, decorre a seguinte **tese**:

Os Serviços de Atenção Básica constituem um âmbito⁵ fundamental na formação dos profissionais de saúde, conforme o que é descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

O **objetivo** dessa investigação é:

Compreender o processo de formação dos futuros profissionais de saúde nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, nos Serviços de Atenção Básica, diante

⁵ *Âmbito* é “toda a realidade dinâmica, aberta, capaz de estabelecer diálogo com outras realidades, originando novas e irredutíveis realidades”. Essa abertura para a realidade em um caráter imprevisível constitui um valor pedagógico que proporciona uma aproximação da concepção de ensino criativo, que não se prende aos programas rígidos. O âmbito é um “campo de encontro”, um espaço lúdico, que se forma na interação dinâmica entre realidades, e essas realidades se auto-revelam e adquirem na consciência um sentido. (PERISSÉ, 2004 p. 35-36).

das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para atingir o objetivo descrito, o estudo está organizado em 6 capítulos. O primeiro trata da introdução ao tema, explicitação e justificativa da proposta. O segundo capítulo apresenta a interface do mundo da escola com o mundo do trabalho, caracterizando as funções da IES, os movimentos ocorridos no processo de formação na graduação em saúde, o SUS, a Rede de Atenção Básica e suas implicações no processo de formação, bem como pressupostos para o estudo no mundo do trabalho e no mundo da escola. Ainda nesse capítulo, enfoco as contribuições de Campos para o estudo e o preconizado pelo Conselho Nacional de Educação sobre as DCNs para os cursos da área da saúde.

No terceiro capítulo, descrevo a metodologia empregada no estudo, sua validade e confiabilidade, o cenário da investigação, os sujeitos da pesquisa, a análise dos dados e os procedimentos éticos do estudo.

No quarto capítulo, apresento os resultados do estudo, descrevendo o mundo da escola e o do trabalho, caracterizando a IES da região Sul e os cursos que fizeram parte do estudo. Sobre o mundo do trabalho, relato os cenários de práticas em que fiz as observações dos estudantes e suas atividades. Nesse capítulo, descrevo ainda o processo de formação nos cenários de práticas e apresento as três categorias com suas respectivas subcategorias, que emergiram dos dados. A primeira categoria foi denominada de *Planejamento das oportunidades de aprendizagem e atividades desenvolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola*, com as seguintes subcategorias: *Oportunidades de aprendizagens do mundo do trabalho e seu aproveitamento pelo mundo da escola* e *Oportunidades de aprendizagem do mundo da escola e seu aproveitamento pelo mundo do trabalho*. A segunda categoria chama-se *Preparo das pessoas envolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola*, com as seguintes subcategorias: *Educação Permanente para as políticas de Formação e Atenção à Saúde* e *Compreensão de Trabalho em Equipe – Campo e Núcleo dos saberes*. E, finalmente, descrevo a terceira categoria, denominada de *Compromisso na formação do profissional com as DCNs: novas práticas, velhas práticas*.

No quinto capítulo, faço as discussões dos resultados, compreendendo e refletindo sobre o processo de formação. Oportunidade em que comparo os resultados com o corpo de conhecimento disponível, buscando nexos com o referencial teórico adotado e com outras possibilidades de pensamento.

No sexto capítulo, construo as considerações finais, vislumbrando possibilidades para o processo de formação, novos caminhos em um âmbito conhecido, o que pressupõe a tomada

de atitudes diante da realidade observada por parte dos profissionais, tanto do mundo do trabalho como do mundo da escola, a fim de transformá-la.

2 A INTERFACE DO MUNDO DA ESCOLA COM O MUNDO DO TRABALHO

*Qualquer idéia que te agrade, por isso mesmo... é tua.
O autor nada mais fez que vestir a verdade
Que dentro em ti se achava inteiramente nua...*
(Mario Quintana)

O mundo do trabalho e o mundo da escola são espaços coletivos de circulação de vários sujeitos, estudantes, professores, trabalhadores da saúde e usuários. Esses mundos são locais de construção do conhecimento para os futuros profissionais de saúde, atualmente na situação de estudantes, ou seja, são espaços de aprendizagem, ação-reflexão-ação. São locais que proporcionam trocas de conhecimentos, por meio de experiências em que uns aprendem com os outros, favorecendo a construção, desconstrução e reconstrução de saberes e de práticas, portanto com grande potencialidade para o processo de formação. A seguir, apresento o parte do conhecimento produzido sobre o mundo da escola e o mundo do trabalho: suas políticas específicas e aspectos do processo de formação.

2.1 A UNIVERSIDADE E SUAS FUNÇÕES – O MUNDO DA ESCOLA

As universidades, instituições destinadas prioritariamente à transmissão do saber, apresentam, em geral, certa rigidez funcional e organizacional. Parece que não estão preparadas para os desafios que precisam enfrentar e para as transformações profundas que precisam fazer diante das mudanças da sociedade. Por um lado, as exigências da sociedade são cada vez maiores, e, por outro, as políticas de financiamento são cada vez menores por parte do Estado. (SANTOS, 2005).

No entanto, as universidades precisam transformar seus processos de ensino, pesquisa e extensão e, segundo Santos (2005), as crises das universidades são delineamentos da crise do paradigma da modernidade, mostrando uma fase de transição paradigmática, da ciência moderna para a ciência pós-moderna. Portanto, as universidades precisam rever os seus papéis e a sua missão. Segundo Jasper, *apud* Santos (2005, p. 188), definia-se assim a missão eterna da universidade:

É o lugar onde, por concessão do Estado e da sociedade, uma determinada época pode cultivar a mais lúcida consciência de si própria. Os seus membros congregam-se nela com um único objetivo de procurar, incondicionalmente, a verdade, e apenas por amor à verdade.

Esses autores ainda apontam os três grandes objetivos da universidade: a verdade só é compreensível a quem a procura sistematicamente pela investigação; a universidade deve ser um centro de cultura, disponível para a educação do homem no seu todo; e a verdade deve ser transmitida, a universidade ensina e o mesmo ensino das aptidões profissionais deve ser orientado para a formação integral.

Também Ortega e Gasset, *apud* Santos (2005), descrevem as funções das universidades como transmissão da cultura, ensino das profissões, investigação científica e educação dos novos homens de ciências.

Já na década de 60 (do século XX) as universidades sofreram algumas transformações, e as suas três principais funções passaram a ser a investigação, o ensino e a prestação de serviços. Ocorreu também o aumento no número das universidades, da população estudantil e do corpo docente, da expansão do ensino e da investigação em novas áreas do saber. (SANTOS, 2005).

Concretizando essa proposição, Santos (2005) menciona o relatório da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 1987, que atribuía às universidades dez funções principais:

educação geral pós-secundária; investigação; fornecimento de mão-de-obra qualificada; educação e treinamento altamente especializados; fortalecimento da competitividade da economia; mecanismo de seleção para empregos de alto nível mediante a credencialização; mobilidade social para os filhos e as filhas das famílias operárias; prestação de serviços à região e à comunidade local; paradigmas de aplicação de políticas nacionais (por exemplo, igualdade de oportunidades para mulheres e minorias raciais); preparação para os papéis de liderança social. (SANTOS, 2005, p. 189).

Essas funções estão ligadas à produção científica, à prestação de serviços, a funções educativas, de formação profissional, e ao novo papel que o ensino superior passou a desempenhar, que é a inserção social. Portanto, as universidades estão sendo envolvidas não só na competição mercantil, mas também nas lutas contra as discriminações de classe, de gênero e de raça. (SINGER, 2001). A crise da universidade decorre das tensões provocadas por essa multiplicidade de funções, que provocam choques entre as concepções ideológicas

sobre a real missão da universidade e entre interesses de diferentes setores do mundo universitário.

Ainda na década de 60, alguns setores das universidades começaram a questionar a sua organização e rever, além do seu papel principal na formação, a sua relação com a sociedade e o papel social que desempenhavam. (MARSIGLIA, 1995).

No Brasil, em 1968, com a Reforma Universitária (Lei 5.540/68), que fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior, começam a ser extintas as cátedras, e criam-se os departamentos contendo disciplinas. O ensino ficou dividido em dois ciclos, um de disciplinas básicas – o ciclo básico – e outro de disciplinas ditas profissionalizantes, ou seja, “ciclo profissionalizante“, porque corresponde às especialidades. Ainda iniciou-se o incentivo às atividades de extensão e pesquisas voltadas para a realidade brasileira, e a aproximação das relações entre professores e estudantes. Enfim, estava se criando o tripé no qual a nova universidade deveria basear-se, ensino, pesquisa e extensão. (MARSIGLIA, 1995).

Santos (2005) aponta que um dos objetivos da reforma das universidades nos últimos anos tem sido fundamentalmente o de manter as contradições sob controle, por meio da “gestão de tensões” (p. 189-190) que elas provocam. Essas “tensões” têm se apresentado em três domínios (p. 190):

- na contradição entre a produção de alta cultura⁶ e de conhecimentos exemplares necessários à formação das elites, de que a universidade tem se ocupado desde a Idade Média, e a produção de padrões culturais médios e de conhecimentos úteis para as tarefas de transformação social e, nomeadamente, para a ‘força de trabalho qualificada’ exigida pelo desenvolvimento industrial;
- na contradição entre a hierarquização dos saberes especializados, através das restrições do acesso e da credencialização das competências, e as exigências sociopolíticas da democratização e da igualdade de oportunidades;
- na contradição entre a reivindicação da autonomia na definição dos valores e dos objetivos institucionais e a submissão crescente a critérios de eficácia e de produtividade de origem e natureza empresarial.

Ainda esse autor, quando fala na gestão de tensões, refere que estas se devem às universidades não intervirem “ao nível das causas profundas das contradições” (p. 190), acabando por geralmente serem controladas por elas. Essas gestões das tensões são

⁶ A alta cultura é uma cultura-sujeito enquanto a cultura-popular é uma cultura-objeto, objeto das ciências emergentes, da etnologia, do folclore, da antropologia cultural, rapidamente convertida em ciências universitárias. A centralidade da universidade vem a ser o centro da cultura-sujeito.

produzidas pela tripla crise da universidade: a crise de hegemonia, a de legitimidade e a institucional. Diante disso, as universidades serão instituições cada vez mais instáveis, fazendo com que seus membros acabem desviando suas atividades intelectuais e sociais para tarefas mais organizativas e institucionais. Portanto, a crise institucional vai acabar absorvendo em muito as atenções da comunidade universitária, comprometendo também a crise de hegemonia, pela descaracterização intelectual, e a crise de legitimidade, pela desvalorização dos diplomas universitários. (SOUZA, 2005).

É necessário, conforme Souza (2005), pensar um outro modelo para a universidade, com uma atuação mais ativa e autônoma a médio e longo prazo. Também é importante a própria organização, bem como a vinculação da universidade com o meio social, que exige respostas e novas formas de participação, além da necessidade de novos meios educativos como uma questão crítica.

Santos (2005, p. 223) apresenta 11 teses para uma universidade pautada pela ciência pós-moderna e chama a atenção, na terceira tese, para o seguinte:

Estamos numa fase de transição paradigmática da ciência moderna para uma ciência pós-moderna. Trata-se de uma longa fase, e de resultados imprevisíveis. A universidade só sobreviverá se assumir plenamente esta condição epistemológica. Refugiando-se no exercício da “ciência-normal”, para usar a terminologia de Thomas Kuhn, num momento histórico em que a ciência futurante é a “ciência revolucionária”, a universidade será em breve uma instituição do passado. Só o longo prazo justifica a universidade no curto prazo.

Na nona tese, o autor argumenta:

Na fase de transição paradigmática, a universidade tem de ser também alternativa à universidade. O grau de dissidência mede o grau de inovação. As novas gerações de tecnologias não podem ser pensadas em separado das novas gerações de práticas e imaginários sociais. Por isso, a universidade, ao aumentar a sua capacidade de resposta, não pode perder a sua capacidade de questionamento. (SANTOS, 2005, p. 225).

Santos (2005) confia na transformação da universidade para a sua sobrevivência, apesar das crises paradigmáticas da modernidade para a pós-modernidade. A importância de transformar seus processos de ensino, pesquisa e extensão compreende a necessidade de princípios como prioridade das racionalidades estético-expressivas – “as idéias de identidade e comunhão são condições necessárias à contemplação estética”, a racionalidade moral-prática, que “tem por tarefa definir o mínimo ético da sociedade e serve de monopólio da

produção e distribuição do direito” e a racionalidade cognitivo-instrumental. (OLIVEIRA, 2006, p. 54).

A universidade deverá proporcionar condições aos seus professores para uma nova postura que implique um modelo de explicação das ciências alternativo ao modelo de aplicação técnica, que saiba revalorizar os saberes não-científicos e o saber científico, e o comprometimento da comunidade científica com a sua aplicação. (BRAGA, 1999).

Em novembro de 2003, em Brasília, realizou-se o Seminário Internacional Universidade XXI – “Novos caminhos para a educação superior”, com a participação de 31 países e diversas autoridades da área de educação. Foi constatado que, apesar da diversidade dos sistemas educacionais existentes, o ensino superior na atualidade está em crise e o modelo educacional deve retratar um projeto de nação. (BRASIL, 2004c). O documento produzido nesse evento explicita que a característica fundamental da atual crise do ensino superior é a “sua incapacidade de enfrentar os desafios e dar respostas adequadas às necessidades sociais de um mundo globalizado que não é solidário na produção, distribuição e utilização democrática do conhecimento”. (BRASIL, 2004c, p. 3). Enfoca, ainda, a importância de investimentos na educação, ciência e tecnologia, pois, caso contrário não existe soberania nacional.

Durante o seminário e no processo de discussão, foram identificadas várias tensões presentes numa proposta de reforma (BRASIL, 2004c, p. 4), que devem “objetivar a constituição de um espaço de ensino superior em que os pólos constituintes de tais tensões coexistam e confrontem-se dialeticamente. E [...] que as diretrizes para a reforma do ensino superior no Brasil sejam definidas nos termos de escolhas políticas feitas pelo Estado e pela sociedade”.

As tensões identificadas foram entre: massificação do ensino superior e excelência acadêmica; participação social e mérito acadêmico; educação pública e educação privada; investimento público no ensino fundamental e no ensino superior; autonomia e avaliação externa; políticas nacionais para a educação superior e internacionalização dos sistemas educacionais. (BRASIL, 2004c).

Para dissolver tais tensões, a universidade deve agregar modelos humanistas, calcados na solidariedade, trabalhando na direção do desenvolvimento da cultura do diálogo e da inserção social. Deve cumprir com sua responsabilidade na produção e divulgação do conhecimento, com equidade, qualidade e pertinência. Além de criativa e solidária, a universidade deve ser participativa, buscar a integração entre os diferentes setores e áreas de conhecimento e fortalecer o interesse comum e respeito mútuo entre os indivíduos. O seu

papel deve estar muito claro a todos que dela participam, cujas responsabilidades também devem ser explícitas e acordadas. (BRASIL, 2004c).

Pensando no exposto, nas mudanças que as universidades vêm apresentando no decorrer dos anos, no seu real papel e na importância em dar uma resposta para a sociedade, vale pensarmos, especificamente, como queremos a universidade quando o assunto é formar para a saúde, para a defesa da vida, e para um sistema nacional de saúde.

Para não reduzirmos o conceito de saúde somente à assistência às pessoas, apropriamo-nos do conceito de saúde para que, no processo de formação, esse conceito se faça muito presente. Conforme o documento BRASIL (2005, s/p), saúde é:

direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como 'direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação' (artigo 196). A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

A partir desse conceito, e para darmos conta dessa definição ampliada de saúde, é importante cada vez mais a integração entre os cursos da saúde, um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com a aproximação do mundo da escola com o mundo do trabalho, para que possamos realmente nos apropriar do conceito de saúde. Ainda é interessante destacar, conforme BRASIL (2005c), que

as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

Segundo Vasconcelos (2001), verifica-se que, no Brasil, vários investimentos têm sido feitos pelo MS, MEC, universidades, profissionais da saúde e por outros movimentos sociais, no que se refere à humanização das práticas de saúde e à busca de novos conhecimentos e estratégias para a saúde integral, a fim de superar o modelo oferecido pela medicina científica tradicional e pelas retraídas políticas sociais. Esse autor ainda refere que precisamos ampliar o espaço de discussão e experimentação de propostas que reorientem o modelo de atendimento

no dia-a-dia dos serviços de saúde. Sabemos que a maior dificuldade é generalizar essas experiências nas organizações de saúde e que não é suficiente que alguns façam diferentemente essas propostas de reorientação do modelo de assistência, é preciso que esse modelo diferenciado se generalize.

Mas como fazer com que se propague essa proposta? Prioritariamente, essa generalização passa pelo processo de formação dos futuros trabalhadores da saúde, que é o que também se propõe nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Ainda, conforme refere Vasconcellos (2001), algumas estratégias seriam pelas práticas educativas, que devem ser em muito investidas, para que criem maior integração entre ações técnicas e a dinâmica de adoecimento e cura vivida pela população, com a valorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da promoção da saúde na perspectiva de reorientação do modelo de Atenção à Saúde.

A construção de um trabalho em saúde não pode estar pautada somente no que dizem as diretrizes curriculares para os cursos da saúde, ou na formulação de propostas de grandes estudiosos ou de lideranças institucionais. Deve também ouvir os descontentamentos, as reflexões e os sonhos dos estudantes, professores, trabalhadores da saúde e do controle social, os que vivenciam no dia-a-dia as dificuldades e as iniciativas de superações. (VASCONCELLOS, 2006). Cada vez mais precisamos construir estratégias de aproximação e institucionalização do mundo do trabalho com o mundo da escola.

2.2 OS MOVIMENTOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: UM POUCO DA HISTÓRIA

O ensino superior no Brasil, na área da saúde, iniciou com os dois primeiros cursos de Medicina estabelecidos na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, com a orientação de que às escolas médicas deveriam ser anexados cursos de Farmácia e Enfermagem. O primeiro curso de Farmácia desvinculado de uma escola de Medicina foi criado em 1939, em Ouro Preto, Minas Gerais, e o de Enfermagem, em 1923, quando foi criada a Escola Anna Nery, hoje integrante da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a qual serviu de modelo para a criação das demais escolas no País. O ensino de Odontologia teve início em 1884, nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, por Decreto do Imperador. (MASSETO, 2004).

Nas primeiras décadas do século XX, as faculdades da área da saúde utilizavam os hospitais filantrópicos como os locais de ensino e de prática para os futuros trabalhadores. Nas décadas de 50 e 60, as faculdades começaram a criar serviços assistenciais, com a preocupação de oferecer suporte às atividades de ensino, em que o paciente era chamado de “indigente”, ou seja, “não era um cidadão portador de direitos civis, políticos e sociais, era um objeto de estudo e da ação da filantropia”. (MARSIGLIA, 1995, p. 15).

Ainda, a partir do século XX, segundo Carvalho e Ceccim (2006), no Brasil, houve uma ascensão da Saúde Pública e observa-se a relevância da área da Saúde Coletiva discutir a necessidade de profissionais, de escolas e o perfil da formação. Em 1904, cria-se a Diretoria-Geral de Saúde Pública e, em 1923, o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo necessário formar profissionais de acordo com a demanda social e em conformidade com a relevância pública da formação.

Já em 1940, segundo esses autores, começa um movimento para modificar a tendência liberal no Brasil em relação à educação superior nas profissões de saúde, para regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações superiores, com a introdução das sugestões do Relatório Flexner.

Na América Latina e no Brasil, o modelo flexneriano, baseado nos pressupostos de Abraham Flexner⁷, foi implantado a partir das décadas de 40 e 50, quando aumentou o número de escolas de Medicina e houve uma supervalorização da atenção especializada, ampliando a oferta de leitos hospitalares e centrando nesse espaço as práticas de ensino. (MARSIGLIA, 1995).

Segundo Marsiglia (1995, p. 21), as principais características do modelo de ensino flexneriano são:

- a) sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);
- b) pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual;
- c) valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar de ensino, considerando impróprio o uso de outros serviços;
- d) recomendação para que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio

⁷ Abraham Flexner foi um educador, graduado em Química, que fez um estudo da situação das escolas e da educação médica americana e canadense, por encomenda da *American Medical Association* à Fundação Carnegie para o Progresso no Ensino, resultando no Relatório Flexner, publicado em 1910. Concluiu que das 155 escolas médicas existentes, 120 apresentavam péssimas condições de funcionamento.

e permanente;

e) limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisavam de internação;

f) organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade;

g) ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele;

h) recomendação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno: quatrocentos leitos para cinquenta estudantes.

Em 1920, Bertrand Dawson, membro consultivo do Ministério da Saúde, influenciou as faculdades da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e da Inglaterra, com a reorganização dos serviços de saúde, e recomenda a “regionalização dos serviços para haver uma coordenação das ações preventivas e curativas locais e uma articulação da política de saúde com a Lei dos Pobres”. (MARSIGLIA, 1995, p. 22).

As propostas de Dawson foram contrárias às de Flexner (MARSIGLIA, 1995, p. 22), pois:

a) considerava que as ações preventivas e curativas deviam estar integradas na formação dos futuros profissionais;

b) o médico geral deveria exercer, ao mesmo tempo, ações destinadas ao indivíduo e à comunidade;

c) os planos de saúde deveriam ser acessíveis a todas as camadas sociais, prevendo-se formas de mantê-los financeiramente;

d) os serviços para as famílias deveriam ser regionalizados, partindo-se de um centro primário de saúde, com ações preventivas e curativas, exercidas por um médico geral e integradas com centros de saúde mais especializados e hospitais, incluindo até ações de reabilitação.

Novaes, *apud* MARSIGLIA (1995, p. 23), faz um comparativo da proposta de Flexner com a de Dawson e observa que:

a) enquanto o modelo flexneriano estimulava a individualidade e a relação direta entre o médico e seus pacientes, sem interferência do governo, o modelo de Dawson recomendava a hierarquização, a disciplina institucional e a subordinação da formação das ações profissionais aos serviços;

b) enquanto o modelo flexneriano considerava pouco importantes a atenção primária e a atenção ambulatorial, supervalorizando as atividades individuais de caráter hospitalar, o modelo Dawson reforçava a atenção primária e as atividades coletivas de promoção e

prevenção da doença.

Verifica-se, assim, que o Relatório Dawson, defendia o “estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde, mediante uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, com ênfase na integração entre atividades preventivas e curativas e na utilização do médico generalista”. (CARVALHO e CECCIM, 2006, p. 157). Esse relatório contrapõe-se ao modelo médico, sofrendo várias resistências, e suas recomendações não foram adotadas, mas influenciaram na Inglaterra o Sistema Nacional de Saúde, com a universalização da atenção primária e a constituição do médico generalista.

Para Carvalho e Ceccim (2006, p. 158), nas décadas de 50 e 60, o movimento preventivista se configura no mundo e aponta “a formação como estratégia para a transformação das práticas de saúde e graduação em saúde”.

Esses autores ainda relatam que, em 1960, houve uma reforma da educação, criando os departamentos, disciplinas e áreas de ensino da Saúde Pública, que ensinavam os conteúdos relativos à prevenção em saúde, principalmente nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Isso se deve a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras mobilizadas para o debate sobre o ensino da Saúde Pública. No entanto, a reforma não integrou as disciplinas da área da Saúde Coletiva com as da área clínica.

Percebemos que, nas reformas universitárias, a preocupação maior das instituições ainda é com seu arcabouço interno. Mas, deveria estar também preocupada, em igual proporção, com as transformações do mundo do trabalho. A assistência prestada ao paciente ocorre de modo fragmentado em especialidades, centrada nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, na utilização de tecnologias e, principalmente, no modelo hegemônico e hospitalocêntrico. A formação, também, vem se fazendo com as aprendizagens centradas muitas vezes no professor, no livro texto e nos estágios supervisionados. Mas sabemos da importância da participação do profissional do mundo do trabalho, para que esse estágio seja profícuo, e do diálogo constante com o mundo da escola. Observamos que os estudantes não estão sendo preparados para o mundo do trabalho, que os profissionais atuantes nesse mundo não se encontram satisfeitos e que a população reclama dos serviços de saúde.

Para buscar uma solução, precisamos refletir com todos os sujeitos envolvidos, agentes das mudanças e os responsáveis pela sua implementação, sobre as várias políticas de governo, como a da Educação Permanente, a da Atenção Básica, as Diretrizes Curriculares

Nacionais para os Cursos Universitários da área da Saúde, entre outras, para que os profissionais do mundo do trabalho e do mundo da escola consigam implantar o que elas dizem. Sabemos que esse trabalho tem que ser coletivo e também precisamos ser co-responsáveis com os estudantes que atuam nesses mundos, para que, ao se depararem com a real situação do que é dito no mundo da escola e com o que é feito no mundo do trabalho, consigam refletir dentro desse campo, para que se construam possibilidades reais de assistência à população.

Como bem ilustram Carvalho e Ceccim (2006, p. 155),

a configuração das dimensões técnicas, científica, pedagógica, ética, humanística e política, devem pertencer ao projeto de profissionalização requerido pelo país e por suas instâncias de participação e controle social. A formação das novas gerações profissionais pertence ao projeto de sociedade em cada formação social, não podendo estar alheio à democracia e ao fortalecimento do interesse da maioria da população. [...] é necessário que o estudante saiba mobilizar em saberes e práticas esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora. [...] é imprescindível que haja coerência entre a formação, as exigências esperadas de atuação profissional e a necessidade de democratização da participação e dos acessos da sociedade aos direitos à educação e à saúde.

A formação dos profissionais de saúde, estruturada sob um modelo pedagógico com uma visão fragmentada, voltada para uma formação tecnicista e especializada, com o ensino baseado na transmissão do conhecimento, tendo o professor como principal fonte de informação e o aluno como sujeito passivo nesse processo, vem se tornando insuficiente e indevida diante das transformações ocorridas e por ocorrer no setor saúde.

As universidades passaram a enfrentar o desafio de rever seu papel na formação, por meio da mudança nos currículos dos cursos e com um modelo pedagógico que permita ao aluno ser um sujeito ativo do seu aprendizado. Trata-se de uma reforma que deve modificar a consciência e a abordagem dos profissionais de saúde em suas ações, mais do que uma reorganização do sistema de serviços de saúde. (SANTANA, CAMPOS, SENA, 1999).

O movimento de mudança na graduação em saúde mostrou alguns passos iniciais na década de 1980, palco de várias tentativas e propostas de reformulação das políticas sociais em todos os setores. Nesse contexto, emergiram as propostas de Integração Docente-Assistencial (IDA), buscando aproximar as escolas dos serviços de saúde. A exposição precoce e oportuna dos estudantes à realidade sanitária ocorreu por meio, principalmente, de atividades de extensão, como visitas às áreas periféricas ou rurais, vinculadas às instituições acadêmicas. (SANTANA, CAMPOS, SENA, 1999).

O Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), ou integração ensino-serviço, criado em 1981, critica o privilegiamento das escolas médicas às ações altamente especializadas e aposta na formação generalista desses profissionais, amplia o debate da necessidade de mudanças curriculares visando à organização dos serviços de saúde a partir das realidades e necessidades de saúde da população. Nesse contexto, a atenção primária é compreendida como espaço privilegiado para a resolução dos problemas de saúde da população. (BRASIL, 1981).

Segundo Carvalho e Ceccim (2006, p. 162), a noção de integração docente-assistencial demarcou a possibilidade de tornar a rede de saúde uma rede-escola e de expandir programas de residência em todas as áreas profissionais da saúde. Do ponto de vista do sistema de saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da Constituição Cidadã, alvoreceu e execução da reforma sanitária que culminou com o Sistema Único de Saúde, regulamentado nos anos 1990.

Com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), vários integrantes do Movimento da Reforma Sanitária que atuavam particularmente em projetos de formação profissional criaram, em Belo Horizonte, uma Rede de Projetos Docente-Assistenciais, denominada Rede IDA, que, em 1997, passou a chamar-se Rede Unida, com enfoque principal nas políticas públicas de saúde e educação. (ALMEIDA, 2003).

Importante salientar, ainda, que num processo de construção coletiva, as Conferências Nacionais de Saúde propiciaram a inserção do capítulo da Constituição Brasileira que define o SUS, o qual, em seu artigo 200, incisos III e IV, refere: “Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”. A constituição atribui autonomia universitária quando define que “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (art. 207), exigindo dessa forma que aconteça uma negociação entre os setores da saúde e da educação. (BRASIL, 1988). As sucessivas aproximações entre serviços de saúde e universidade são decorrências históricas dos movimentos suscitados a partir da década de 70.

Em 1991, o Programa União com a Comunidade (UNI), cujo principal objetivo era “desenvolver estratégias para intensificar o necessário processo de mudança na formação dos profissionais da saúde”, avançou em relação à IDA, propondo um programa multiprofissional

e interdisciplinar, através da articulação da universidade com os serviços de saúde e com a comunidade (ensino-serviço-comunidade). Esse programa foi financiado pela Fundação Kellogg, para 11 países na América Latina, sendo que, dos 23 projetos financiados, seis foram desenvolvidos no Brasil, nas cidades de Botucatu, Brasília, Londrina, Marília, Natal e Salvador. (FEUERWERKER, 2000). A Fundação Kellogg, fundada em 1930, possui três áreas estratégicas para o desenvolvimento humano: saúde, educação e desenvolvimento rural. Ela teve sempre uma presença significativa nos movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde na América Latina. (TANCREDI e FEUERWERKER 2001).

Os incentivos para a aproximação da formação com os serviços de saúde continuaram, e percebemos que uma das profissões que teve relevante impulso foi a Medicina. Em 1991, a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) propôs um diagnóstico da situação das escolas médicas no Brasil, com objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil. A CINAEM foi formada por 11 entidades ligadas ao ensino e à prática médica. Das 80 escolas brasileiras, 78 participaram na época, em que foram apresentadas três alternativas a serem estudadas nas próximas etapas do projeto CINAEM, Recursos Humanos, Médico Formado e Modelo Pedagógico, utilizando-se estudos transversal, longitudinal e com base em planejamento estratégico, respectivamente em cada etapa. (FEUERWERKER, 2000).

Em 2002, a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS), em acordo com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), criou o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), instituído pelo Ministério da Saúde, que proporcionou financiamento às atividades de consultoria, programas intra-institucionais de capacitação docente e outras ações relativas à implantação de mudanças e inovações curriculares dos cursos de Medicina. Esse programa tinha o objetivo de apoiar iniciativas destinadas à reorganização curricular em cursos de Medicina legalmente reconhecidos, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. (BRASIL, 2002).

Observamos que, em todas as iniciativas citadas, no que se refere à formação e educação em saúde, existiram limites, possibilidades, avanços e lacunas nos movimentos de mudanças nas Ciências da Saúde.

No período de 2001 a 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram aprovadas nos cursos de graduação em saúde, e os cursos deste estudo afirmaram que a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o

trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. O curso de enfermagem acrescentou ainda “o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento”. (CARVALHO e CECCIM, 2006, p. 165).

Portanto, percebemos vários esforços por parte do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para a efetividade na consolidação do SUS. Contudo, o Brasil precisa ainda hoje que a educação superior seja eficiente e rigorosa, que leve em consideração as necessidades e possibilidades das diferentes regiões do País, levando em conta as áreas de conhecimento e a real formação da força de trabalho nas diversas profissões. (AUGUSTO, HELENE, 2003).

Assim, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, e com base na Portaria nº 2.255, de 25 de agosto de 2003, art. 1, é transformado em Autarquia Federal, vinculada ao Ministério da Educação, nos termos da Lei nº 9.448, de 14 de março de 1997, alterada pela Lei nº 10.269, de 29 de agosto de 2001, cuja missão é promover estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro, com o objetivo de subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional, a partir de parâmetros de qualidade e equidade, bem como produzir informações claras e confiáveis aos gestores, pesquisadores, educadores e público em geral. (BRASIL, 2006a).

Para a educação brasileira, o INEP utiliza diversas formas de avaliação. No tocante à educação superior, foi criado o Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES) formado por três componentes a Avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Esses componentes são acessados por vários instrumentos tais como: a auto-avaliação, avaliação externa o exame nacional de desempenho dos estudantes (ENADE), entre outros. (BRASIL, 2006a). Além destes o Censo da Educação Superior é uma forma de avaliação que possibilita conhecer detalhadamente o nível de ensino, permitindo conclusões qualitativas e quantitativas, como número de vagas, estudantes e formandos em cada curso, e proporcionando as tomadas de decisões políticas.

Uma publicação organizada por Comissão Gestora e Comissão Assessora, compostas por representantes do INEP/ MEC, da SGTES/MS, do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras (ForGRAD) e do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (IMS/UERJ), a obra denominada “A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991-2004”, revela aspectos significativos na construção do saber e do fazer, e aborda a saúde

como um campo estratégico, global, integral, tentando romper com as hegemonias, afirmando que o trabalho em saúde é coletivo e interdisciplinar para os 14 cursos que integram a área da saúde. (HADDAD, et al 2006 et al).

Essa obra foi fundamentada nos princípios da reforma sanitária brasileira, nos princípios do Sistema Único de Saúde, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e nas premissas da educação superior brasileira, expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, LDB nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 e na proposta de reforma da educação superior coordenada pelo MEC. (HADDAD, et al, 2006).

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA – O MUNDO DO TRABALHO

Desde a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que considerou a saúde “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, o Brasil tem vivido uma Reforma Sanitária sem precedentes, no sentido da construção de um Sistema Único de Saúde universal, integral e equânime cuja gestão é de responsabilidade da União, dos Estados e Municípios. (BRASIL, 2000).

Ainda na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, consta que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

A Lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do

SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta é necessária para normatizar o Controle Social como fórum de democracia participativa da sociedade usuária do SUS, com caráter deliberativo e fiscalizador das políticas, ações, serviços e financiamento do sistema. Essas leis detalharam os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. (BRASIL, 2000).

A Lei Orgânica da Saúde 8.080, em seu Capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, refere, em seu art. 7, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na assistência à saúde da população; resolutividade dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Assim, os Princípios e Diretrizes do SUS se articulam e se completam “na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos de bem-estar social e da racionalidade organizativa”. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 534).

Ainda, nessa lei, o artigo 6, no item III, trata da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; e, no artigo 14, há referência a respeito da necessidade de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, sendo que cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente.

No mesmo documento, o artigo 27 diz que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada de forma articulada pelas diferentes esferas de governo. Também refere que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante

normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. Ainda, reafirma que os gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um dos objetivos seja a organização de um sistema de formação. O artigo reforça que os serviços de saúde são campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS.

No Brasil, a atenção à saúde tem recebido um incentivo na formulação, implementação e concretização de várias políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como em várias políticas de formação e desenvolvimento para o SUS. Ou seja, para que aconteça esse desenvolvimento no SUS, percebemos um grande movimento na reorientação das estratégias nos modos de assistir e acompanhar a saúde individual e coletiva e também um incitamento a importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Nessa perspectiva, a saúde é um setor que vem sofrendo um expressivo processo de reforma de Estado, protagonizado pelos segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem exercer um papel indutor para que ocorram as mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. (BRASIL, 2003a). Importante destacar em uma das falas de Arouca, citado na 12ª Conferência Nacional de Saúde, BRASIL,(2004e), que a Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico, é um Projeto da Reforma Sanitária, e também da civilização humana, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde queremos para a sociedade brasileira.

Ainda nessa conferência, outro destaque dado por Arouca foi que o SUS ainda é desumanizado, medicalizado, e isso precisa ser mudado. Ele fundamenta a importância da promoção da saúde e não da doença, propondo que, em primeiro lugar, seja questionado o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como intervir para torná-la mais saudável. Esse questionamento precisa ser introjetado no mundo da escola e no mundo do trabalho, e, conseqüentemente, irá refletir positivamente no processo de formação dos futuros profissionais de saúde. Percebemos que um dos atuais desafios na implantação do SUS é a estruturação de um modelo de atenção que realmente efetive a promoção e proteção da saúde, dentro dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Esses desafios devem ser sempre voltados para a melhoria e resolutividade da qualidade da atenção, e também para o

acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Compete ao SUS a oferta de serviços básicos de atenção à saúde para a maioria da população brasileira, por meio das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, onde se encontram as Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente, as ESF já ultrapassam o número de 25.000, sendo que mais de 13.000 contam com Equipe de Saúde Bucal e com mais de 210.000 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, possibilitando uma cobertura de mais de 78 milhões de brasileiros. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

Diante das várias políticas de saúde e a necessidade de melhorar o modelo de atenção, em fevereiro de 2006, pela Portaria nº 399/GM, é divulgado o Pacto pela Saúde, provocando uma reforma institucional do SUS: o objetivo das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto de Gestão faz com que os gestores das três esferas de governo, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), estabeleçam metas e compromissos sanitários para os integrantes do SUS e formalizem um compromisso de realizar ações integrais de saúde em função das necessidades da população, buscando atuar de forma cooperativa e respeitando as diferenças regionais, fortalecer a participação e o controle social, priorizar as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida deve traduzir-se no empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários que englobam a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias, a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama. Outras metas estabelecidas visam à implantação da política nacional de saúde do idoso, à elaboração e implantação de uma política nacional de promoção da saúde e ao fortalecimento da atenção básica à saúde, tendo como principal mecanismo a estratégia de saúde da família. (BRASIL 2006b).

O Pacto em Defesa do SUS visa iniciar um movimento de re-politização da saúde nos moldes da Reforma Sanitária, em defesa do caráter público e universal do sistema de saúde brasileiro, de mobilização da sociedade na defesa do direito à saúde e de efetivação do SUS como política de Estado com garantia do financiamento público. (BRASIL, 2006b).

Com o Pacto pela Saúde a lógica do processo de habilitação dos estados e municípios altera-se, pois não haverá mais a divisão entre município e estado, todos passam a ser gestores das ações de saúde, com atribuições definidas e metas a cumprir. Os conselhos de saúde farão uma avaliação anualmente com os gestores da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no termo de compromisso. Isso também vai contribuir para o fortalecimento dos

conselhos de saúde como espaços de debate e qualificação da política de saúde.

No sistema de financiamento do SUS proposto pelo Pacto pela Saúde, as verbas federais da saúde começarão a ser repassadas por meio de cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Com isso, os gestores estaduais e municipais poderão implementar políticas de saúde mais próximas das necessidades da população. (BRASIL, 2006b).

Considerando a necessidade de revisar as normas nacionais da Atenção Básica, a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) se consolidou como a estratégia de abrangência nacional, prioritária para reorganização da Atenção Básica e os princípios e diretrizes propostas no Pacto pela Saúde. Em março de 2006, pela Portaria nº 648/GM, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que traz como um dos princípios gerais. (BRASIL, 2006c, p. 10):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para sua organização de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, pois contribui para o acesso aos serviços de saúde, possibilita a integralidade da assistência, o trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, desenvolve relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde. Ela realiza avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e estimula a participação popular e o controle social, entre outras coisas. (BRASIL, 2006c).

Atualmente, afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população e também que deveria ser uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde. Segundo Campos (2005), a ABS teria pelo menos três funções importantes:

o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, a clínica ampliada e a saúde coletiva. Na prática, essas funções se inter-relacionam com a integralidade e a efetividade do cuidado, mas vai depender muito da intervenção de cada equipe na abordagem de cada caso e do modelo organizacional adotado, portanto na prática não são funções fáceis de serem executadas.

Para se alcançar esse modelo organizacional, a ABS deverá ter algumas diretrizes, que Campos (2005) propõe como:

- Trabalho em Equipe Interdisciplinar: valorizando a área de conhecimento e habilidades práticas de cada profissional, trabalhando de forma integrada. Desde 1994, no Brasil, com a lógica da saúde da família, adotou-se a composição básica da equipe com médico, enfermeiros, técnico de enfermagem; posteriormente foi introduzido o cirurgião dentista, todos com formação generalista, e também os agentes de saúde.
- Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários: função desempenhada pela Equipe de Saúde da Família, cuja função é o cuidado à saúde das pessoas que vivem em um mesmo território.
- Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto, a busca da Integralidade em ABS: que vai depender da associação das três funções (acolhimento, clínica ampliada, saúde coletiva), com o objetivo de solucionar os problemas de saúde daquele indivíduo ou comunidade, valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e, até mesmo, de reabilitação e alívio do sofrimento.
- Reformulação do Saber e da Prática Tradicional em Saúde: a importância de um profissional generalista com ampliação do saber clínico que permita lidar com o processo saúde-doença na sua complexidade. Ainda a ABS reproduz um modelo de atenção à saúde especializada. Para uma abordagem integral, é importante considerar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural.
- Articulação da ABS em uma Rede de Serviços de Saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A importância da relação de apoio com outras redes, como: urgência hospitalar, centros especializados de saúde coletiva, entre outros.

Nessa perspectiva, observa-se uma ABS ideal, que sabemos ainda não existir, apesar das várias mudanças, pois ainda nas ABS predomina o modelo biomédico. Também

percebemos que existem poucos enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas com preparo para atuar na saúde da família ou na saúde coletiva. Mas e os professores estão preparados para trabalhar esse modelo de atenção?

Se na rede básica espera-se que sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde, então é necessário que se formem profissionais que tenham conhecimento, competência e habilidade para interferir nessa realidade.

Com o Pacto pela Saúde que anualmente será revisado com base nos princípios constitucionais do SUS, e com ênfase nas necessidades da saúde da população, isso implicará a definição de prioridades, no Pacto pela vida, no Pacto em Defesa do SUS e no Pacto de Gestão do SUS. Porém mesmo com a efetivação e sucesso relativo do pacto, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), alguns problemas precisarão ser enfrentados no debate político e em decisões legislativas e governamentais. Dentre os problemas, podemos enfatizar alguns como a gestão de pessoal no SUS, ausência de plano de carreira, falta de uma política de educação permanente, formação profissional inadequada, entre outros.

2.4 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E O PROCESSO DE FORMAÇÃO

A aproximação entre o Ministério da Educação e o da Saúde facilita a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, como estratégia essencial para as mudanças na graduação. Essa aproximação, mesmo preservando a identidade e a responsabilidade de cada Ministério, promove ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população. Também a aproximação do mundo da escola com o mundo do trabalho facilita a implementação do processo de formação, buscando orientar os estudantes, os docentes e os trabalhadores da saúde a refletir e agir sobre as necessidades de saúde da população e do SUS.

Nesse sentido, segundo o então ministro da Saúde (HADDAD, 2006 p. 19):

A aproximação entre a Universidade e a realidade dos serviços aprimorará a qualidade dos serviços prestados. Fará com que a produção acadêmica nas áreas de ensino, pesquisas e serviços, constantemente espelhada na pressão das demandas do mundo real, possa se tornar mais relevante à sociedade. A verdadeira autonomia deve, sim, tornar a academia menos vulnerável a pressões de caráter mais imediatistas, mas deve conectá-la cada dia mais firmemente às necessidades da sociedade.

Ainda existe um descompasso nos processos de mudança no mundo do trabalho e no mundo da escola. Na academia, a Atenção Básica ainda não é um cenário de ensino-aprendizagem em todas as graduações, uma vez que há: professores, muitas vezes, despreparados para conduzir esse processo; dificuldades do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; dificuldade de mudar a formação dos profissionais num cenário em que as práticas de saúde também passam por um processo de mudança; resistência dos acadêmicos em relação à aprendizagem na comunidade e nos serviços básicos de saúde; dificuldade de construção de uma relação entre professor, estudante, serviços de saúde e comunidade que respeite os limites e possibilidades de cada um; falta de um controle social mais efetivo.

A formação de profissionais de saúde vem sendo discutida principalmente porque as características do modelo flexneriano de formação não mais satisfazem o perfil de profissional demandado pelos princípios e diretrizes do SUS, formulados na década de 1980, pelo movimento da Reforma Sanitária.

Desde sua implantação, o SUS vem sendo construído em um cenário que enfoca a saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria. Avanços podem ser observados tanto na reorganização do subsistema público como no subsistema privado, dito complementar. (ALMEIDA, 2005).

Mas, ainda o maior desafio do SUS é a promoção de mudanças na organização dos serviços e na assistência da população, garantindo o acesso e uma atenção de qualidade em todos os níveis.

Nesse sentido, temos a Resolução nº 335, que aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, que vêm reforçar o que traz na Constituição Federal, no artigo 200. Considerando essa resolução, em fevereiro de 2004, pela Portaria nº 198/GM/MS, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. (BRASIL, 2004a). Essa política reforça a importância de articular e estimular as transformações das práticas de saúde no SUS, contribuindo na implementação das DCNs. Em 20 agosto de 2007, a Portaria nº 198 é alterada e substituída pela Portaria nº 1996/GM/MS, que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (BRASIL, 2007).

Diversos movimentos de mudanças foram organizados nos últimos anos, para

enfrentar os desafios na consolidação do SUS. Destacamos aqui o curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e o de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. A relevância desses cursos se dá pela riqueza do material oferecido, pela metodologia utilizada e pela possibilidade das discussões multiprofissionais oferecidas nos encontros.

O curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, com a participação de diversos profissionais vinculados às diferentes práticas e processos de trabalho em saúde, vem com o objetivo de implementar a Educação Permanente no SUS, como Política de Formação dos Profissionais de Saúde do Ministério da Saúde (MS). Já o de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde tem como objetivo capacitar professores de instituições do ensino superior, com formação em saúde, e profissionais com formação superior que atuam na graduação em saúde, para difundir e dinamizar processos de mudança na formação superior de profissionais da saúde. (BRASIL, 2004a).

Com a aproximação do MEC e do MS, uma das articulações importantes resultou no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, com o objetivo de incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença, dentro da perspectiva das DCNs, sendo inicialmente contemplados os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e posteriormente os demais cursos da área da saúde.

Portanto, é importante continuarmos a investigação sobre o que dizem as DCNs para os cursos e o que realmente está acontecendo nos cenários de prática, a fim de avançarmos na elucidação de elementos norteadores para a formulação de políticas públicas que viabilizem a execução de projetos pedagógicos reais com o que está escrito e o que está sendo feito nesses cursos, além de contribuir para o planejamento e a implementação de políticas efetivas de formação e inserção profissional na área da Saúde.

Vários movimentos e incentivos vêm sendo construídos pelo MS, MEC, Associações de Classe dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, para a implantação das DCNs.

O MEC, por meio do INEP e da SESu, e o MS, por meio da SGTES, possuem algumas publicações em destaque. Entre elas, vale enfatizar uma publicação de 2006, intitulada “A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais”, cujos objetivos foram analisar os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), conduzidos pelo INEP/MEC, no período de 2002 a 2006 e a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais no contexto dos PPCs de graduação de Enfermagem, Medicina

e Odontologia, desenvolvidos pelas IES. O estudo apresenta uma contribuição para o desenvolvimento de políticas de formação e inserção profissional no campo da saúde. (BRASIL, 2006d).

Essa publicação, diante do que se propôs, traz uma avaliação detalhada dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, nas instituições públicas e privadas. Apresenta uma metodologia com abordagem quantitativa e qualitativa, sendo utilizada pelos três cursos, no processo avaliativo e na participação dos membros destes. Para essa avaliação, foi inicialmente feita uma listagem dos aspectos do instrumento de avaliação que aproxima temas apresentados nas DCNs dos cursos, seguida de uma listagem que aborda temas fortemente indicados nas DCNs dos cursos, e, finalizando, com a identificação de dez aspectos do instrumento de avaliação fortemente associados às DCNs dos cursos. (BRASIL, 2006d).

Nessa perspectiva, destacamos algumas considerações desse estudo relacionadas a esta investigação, levando em conta as especificidades e o período de implantação e implementação das DCNs em cada curso, como a necessidade de estratégias que promovam a integração curricular, acompanhamento e avaliação do curso e professores e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, as quais merecem uma avaliação mais aprofundada, principalmente no que se refere à integração ensino-serviço. Ainda destaca-se a importância da educação permanente dos profissionais mediante “o estabelecimento de parcerias entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil”. (BRASIL, 2006d, p. 156).

Assim,

é imprescindível contar com a construção efetiva da integração docente-assistencial, que envolve tanto a atenção básica quanto os demais níveis de atenção, em sintonia com a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos hospitais universitários e unidades assistenciais especializadas vinculadas às IES, funcionalmente integradas ao SUS. Estabelece-se assim um adequado sistema de referência e contra-referências, essencial para a qualidade e resolubilidade do sistema de saúde. A interação entre os gestores do SUS e o sistema educacional resulta na melhoria tanto da qualidade na atenção à saúde, quanto do processo de ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2006d, p. 157).

Em face do exposto, sabemos que a integração ensino-serviço pode ser considerada uma imagem objetivo⁸ a ser consolidada, bem como outras citadas no estudo, mas as

⁸ É um propósito principal de distinguir o que se almeja construir do que existe. Tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Uma imagem objetivo parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las. (MATTOS, 2001).

estratégias para que essa aproximação aconteça continuamente.

Tendo em vista a abrangência da relação pedagógica no mundo da escola dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia com o mundo do trabalho na Rede de Atenção Básica e as suas inter-relações para o processo de formação do futuro profissional da saúde, percebemos que muitos são os desafios colocados para esses mundos, no que tange às suas relações com a sociedade, seu papel na produção e consumo de conhecimentos e ao perfil dos profissionais que formam.

Esses mundos estão apontando para mudança, uma vez que o mundo da escola precisa formar profissionais que dêem respostas às necessidades sociais e epidemiológicas, com uma formação ético-humanista, e o mundo do trabalho, na Atenção Básica, precisa assumir a responsabilidade sanitária, ter resolutividade em suas ações, construir relações de vínculo, acolhimento, controle social com escuta ampliada. (OLIVEIRA, 2003).

Para a materialização dessas mudanças no mundo da escola, é preciso que sujeitos do mundo do trabalho sejam incorporados ao processo educativo, por meio da inserção da ação pedagógica na prática social e vice-versa, para, desse modo, trabalhar sobre conteúdos e relações que propiciam a reflexão crítica sobre esses dois mundos e a sua inserção na realidade social.

Dentre as várias leituras realizadas, Gastão Wagner de Sousa Campos (2000a, 2003b, 2006a, 2006b) é um autor que se inscreve nessa perspectiva, fazendo contribuições e servindo de referencial para analisar as mudanças nesses mundos. Também fazem parte desse referencial as Diretrizes Curriculares da Saúde.

2.5 PRESSUPOSTOS PARA O MUNDO DA ESCOLA E O MUNDO DO TRABALHO

Os pressupostos deste estudo estão baseados nos valores, no que acreditamos ser importante para o processo de formação, e na importância desses mundos se aproximarem, fundamentados na construção teórica tecida neste estudo. Esses mundos, que consideramos serem os “Cenários de teoria e prática”, e por serem amplos, não dizem respeito somente ao local em que se realizam as atividades teóricas e práticas, trocas de experiências e os estágios curriculares, mas também aos sujeitos neles envolvidos e suas relações, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos e pedagógicos. Incluem também a valorização dos

preceitos morais e éticos, orientadores de condutas individuais e coletivas, ao processo de trabalho e à interpretação das questões relativas à saúde e à doença.

Nesse sentido, constituem os pressupostos que orientam este estudo:

- A integração do mundo do trabalho e do mundo da escola é necessária para auxiliar no processo de formação e na construção do conhecimento do futuro profissional de saúde, contribuindo para sua autonomia e para melhorar as competências técnico-científicas, culturais, éticas, políticas e humanísticas.
- As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Saúde recomendam a aproximação do mundo do trabalho com o mundo da escola, como estratégias para formar profissionais com perfis adequados ao Sistema Único de Saúde. Estabelecendo a interação entre formação de profissionais e construção da organização da atenção à saúde no País.
- As vivências nos cenários de prática, para o processo de formação na saúde, oportunizam a práxis, favorecendo a conscientização, criação, resolutividade e o enfrentamento para o mundo do trabalho do futuro profissional de saúde.
- A saúde coletiva é um campo de produção do conhecimento especializado, mas também multiprofissional e interdisciplinar, importante para o fortalecimento do SUS e indispensável ao processo de formação.
- A educação na saúde é um processo coletivo e, na saúde, é mais bem efetivada quando os sujeitos do mundo da escola e do mundo do trabalho compartilham experiências e transformam o seu modo de ver o mundo.
- A humanização na Atenção Básica deve considerar as políticas intersetoriais, as práticas promocionais de saúde, as formas de acolhimento e inclusão do usuário e o comprometimento do trabalho em equipe, de modo a aumentar a co-responsabilidade com a rede de apoio profissional.

Para compreender o processo de formação dos futuros profissionais em saúde no Brasil, é necessário resgatar o debate relacionado ao papel dos sujeitos do mundo do trabalho e do mundo da escola. Sabemos que as práticas em saúde sofrem excessiva especialização, a qual se relaciona, dentre outros fatores, à incorporação tecnológica do setor saúde e ao modelo médico centrado no hospital. Ainda, no mundo da escola existe uma valorização das especializações, reforçando essa tendência para dentro da graduação.

Entretanto ainda não se conseguiu avançar muito além da proposta pedagógica tradicional, centrada no conteúdo, para a qual as universidades contribuem, tendo em vista que

elas são ainda constituídas em disciplinas e departamentos, com isso dificultando as práticas interdisciplinares e multiprofissionais.

Precisamos pensar esse outro processo de formação, em que o pensar do educador não deve ser imposto ao educando, pois, como seres de e em relação, influenciam-se mutuamente numa postura de dialogicidade e de solidariedade intelectual, na construção de algo em comum. Devemos proporcionar, na formação dos profissionais, espaços de reflexão, responsabilidade social, trabalho em equipe, como bem ilustra Campos (2006c, p. 56): “não basta, contudo, entender o mundo e a si mesmo, os sujeitos necessitam de atuar sobre as coisas. Teoria e prática: sujeitos da reflexão e da ação”.

Reibnitz (2004, p. 35) menciona que a importância da “relação pedagógica associada ao ensino prático-reflexivo, como instrumento do trabalho educar, envolve uma sinergia com os quatro pilares da educação, ou seja: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a conviver e aprender a ser”⁹.

2.6 AS CONTRIBUIÇÕES DE GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Campos (2000), em sua tese de livre-docência *Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos*, afirma que a instituição centra-se na finalidade de apoiar a produção de valor de uso¹⁰, o de constituição do sujeito e o de democracia em organizações, ou seja, as necessidades sociais e os próprios trabalhadores. Defende que, durante um processo de

⁹ Baseado em Delors (2000), aprender a conhecer envolve desenvolver competências para a compreensão (exercitar o pensamento, a atenção e a memória) do aprender a aprender; aprender a fazer compreende o despertar e estimular a criatividade para que se descubra o valor construtivo do trabalho, e não para preparar alguém para executar determinada tarefa; aprender a conviver corresponde às estratégias para um trabalho coletivo, com projetos solidários e cooperativos, modificando esta aparência da escola como um disfarçado campo de competição; e aprender a ser, que além de envolver os demais pilares, pois se fundamenta na visão holística do homem, constitui-se em despertar o poder de decisão, envolvendo para isso inteligência e sensibilidade, espírito e corpo, estilo estético e responsabilidade pessoal, ética e espiritualidade.

¹⁰ Resultado do trabalho em geral e não apenas dos casos em que o produto transforma-se em mercadoria. Os bens e serviços produzidos em sistemas públicos – atenção à saúde, educação, cuidados em geral – também teriam uma dupla face: uma certa utilidade social – capacidade potencial de atender necessidades – o denominado valor de uso; e, ao mesmo tempo, um certo modo de controle social. Esse duplo caráter explica a produção de bens e serviços no espaço das políticas públicas. Todo bem ou serviço produzido, quer seja no mercado, quer em sistemas públicos, tem um valor de uso, uma capacidade potencial de atender a necessidades sociais, uma utilidade socialmente construída (resultante de disputas e da cristalização de determinada correlação de forças). Analisar os valores de uso instituídos é compreender as estruturas e os fluxos de poder. (CAMPOS, 2000 p. 236).

produção de bens ou serviços, acontece de modo concomitante a co-produção¹¹ de sujeitos e de instituições.

Ao método tratado na tese, ele denomina *Método da Roda* ou *Método Paidéia*¹², propondo maneiras de trabalhar em equipe, para analisar a constituição de pessoas e de coletivos organizados. Assim, repensa o modo como se organiza o trabalho a partir de Marx. Nesse estudo, ele faz uma análise sobre as teorias e escolas que de alguma maneira trataram da gestão de processos de trabalho, do sujeito e de coletivos, mas especificamente faz uma crítica ao taylorismo, “considerado fundador da racionalidade gerencial hegemônica durante o século XX” e discute as questões de saúde utilizando-se de sua práxis política e profissional. (CAMPOS, 2000 p. 20).

O Método da Roda, na realidade, recomenda uma unidade dialética entre a práxis, a reflexão e a capacidade de escuta e de análise da atividade prática e de sua auto-interpretação. Ou seja, o processo de escuta, análise, interpretação e intervenção operacional podem ser equacionados de diferentes espaços coletivos, ou de diferentes recursos metodológicos. (CAMPOS, 2000).

Para Campos (2000 p. 14), a “gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de Co-gestão¹³ – e não somente uma atribuição de minorias poderosas de especialistas”. Ainda refere que o exercício de co-governar depende da produção simultânea de Espaços Coletivos. Esse é, portanto, um dos principais desafios do Método da Roda: pensar a gestão de coletivos não apenas como espaço democrático nas instituições, mas também como um espaço pedagógico, terapêutico, de reflexão crítica, de produção de subjetividade e construção dos sujeitos.

Ao utilizar-se do termo “espaço coletivo”, Campos (2000) desenvolve-o como “um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados” (p. 147). O método propõe os espaços coletivos como arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembleias, colegiados

¹¹ Constituir-se e o desconstruir-se das coisas. A mudança e marcos que identificam esses processos. Um ente ou um fenômeno produzido e sendo produzido por outros, ao mesmo tempo. A constituição de Sujeitos, de necessidades sociais, de instituições, de valores, de tudo, ocorre por meio de processos de interprodução. O produto influenciando o produtor; os objetivos, os meios de produção; e vice-versa. (CAMPOS, 2000, p. 232).

¹² É um método crítico à racionalidade gerencial hegemônica, propondo uma reconstrução operacional dos modos de fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de Sujeitos com capacidade de análise e de intervenção. (CAMPOS, 2000 p. 234).

¹³ A democracia institucional depende da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições; as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionarem esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos. (CAMPOS, 2000 p. 234).

de gestão, reuniões e unidades de produção. Independentemente da forma adotada, corresponde a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e circulação de informações, bem como à elaboração e tomada de decisões, em que se possam “analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como Sujeito”. (p. 148).

Diante do exposto e nos remetendo a este estudo, esses “espaços coletivos” (CAMPOS, 2000) precisariam de um “arranjo organizacional”, para que realmente fosse possível estimular a articulação dos sujeitos do mundo da escola com os do mundo do trabalho, de modo a se (re)organizarem, para que esses mundos conversem e haja uma “co-gestão”. Além disso, independentemente da forma adotada, esses devem ser espaços concretos de crescimento para esses mundos e, conseqüentemente, propiciar ganho para todos os sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, os cenários de prática são caminhos para a democratização dos futuros profissionais de saúde, são locais importantes para essas experiências e reflexões e, principalmente, para a construção desse sujeito. É preciso que os trabalhadores entendam e fortaleçam a importância do compromisso e solidariedade com o interesse público, que incitem sua capacidade reflexiva e a autonomia como agentes de produção, porque em breve estarão nesses espaços desenvolvendo suas atividades profissionais.

Como refere Campos (2000), é preciso que saibam “lidar” nesses cenários, e, quando ele se refere a lidar, ele entende como “tomar parte em, participar de, sofrer, passar, dar combate a” [...]. (FERREIRA, 2004).

Portanto, saber “lidar” nesses espaços implica todos esses sentidos, lugar de passagem, de sofrimento, de combate, mas o importante é saber reconhecer nesses ambientes o que está ocorrendo e tomar parte. Essa é a essência da Metodologia Paidéia, “o reconhecimento de que a co-gestão é tributária tanto da produção de subjetividade e de suas manifestações, quanto do modo de educar e conformar Sujeitos”. (CAMPOS, 2000, p. 79). Contudo, isso influencia de maneira consciente e inconsciente o modo de pensar e a prática dos sujeitos.

Em razão disso, evidencia-se a importância desses cenários e de que eles realmente sejam verdadeiros espaços educativos, nos quais o estudante consiga relacionar teoria e prática. Assim, a educação situada como possibilidade de transformação parte de novas formas de idealizar, com o envolvimento dos sujeitos, da enunciação a partir de suas práticas, da utilização dos ‘saberes’ como subsídios e substrato dos ‘fazeres’, consecutivamente, realimentando-se.

Campos (2000) também aponta que, para co-governar, precisar-se-ia de três funções

básicas, uma de caráter clássico para administrar e planejar o processo de trabalho, outra política, a fim de alterar as relações de poder, possibilitando a democracia institucional, e, ainda, uma função pedagógica e terapêutica. Observa, assim, a habilidade que os processos de gestão têm de influenciar sobre a produção de subjetividade, que denominou de “Fator Paidéia¹⁴”. (p. 14).

No entanto, o papel dos sujeitos, tanto no mundo da escola como no mundo do trabalho, é importante e desafiador, e eles precisam agregar teoria e prática, partilhando experiências de vida e construindo seres reflexivos, críticos, resolutivos.

Nesse sentido, percebemos muitas vezes uma teoria distanciada da prática, e, por sua vez, as relações entre teoria e prática não podem ser encaradas de maneira simplista, ou seja, como se toda a teoria baseasse diretamente uma prática. A relação que se estabelece da prática como fundamento e finalidade da teoria não se trata de uma relação direta e imediata, acontece por meio de um processo complexo, em que algumas vezes se passa da prática à teoria, e outras desta à prática.

Campos (2002, p. 230) assinala que “o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública”; e ainda, “objetiva, centralmente, ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de analisar e de operar sobre o mundo (práxis)”. (CAMPOS, 2000, p. 185).

Para o trabalho de co-gestão, ou melhor, para esse método que trabalha com coletivos em processo de organização, recomenda-se que exista um contrato estabelecendo as expectativas, regras, método de trabalho, enfim, o que for necessário. Um contrato no sentido de estabelecer relações entre sujeitos, com um relativo grau de autonomia, em que as regras possam ser revistas e redefinidas de tempos em tempos, conforme se mostrem superadas. No entanto, esse tipo de procedimento não indica um espaço de comunicação sem conflito ou ruído, nem extingue as disputas de poder, nem as diferenças de papéis, importantes para o funcionamento do coletivo. (CAMPOS, 2000).

Ainda, para que o efeito Paidéia aconteça, um dos procedimentos é o reconhecimento de que exista transferência e contratransferência entre equipes. Precisamos reconhecer também que em co-gestão existe circulação de afeto, que se constitui em:

reconhecer que há circulação de afeto é reconhecer que as pessoas em co-gestão se afetam, gerando incômodo, desafio, inveja, disputa, simpatia,

¹⁴ O termo *Paidéia* é de origem grega. Designa um dos três componentes essenciais de democracia ateniense: cidadania ou direito das pessoas; *Ágora*, espaço para compartilhar poder; e ainda o conceito de Paidéia, “formação integral do ser humano”. (CAMPOS, 2003b. p.16).

mudança e ódio entre elas. Processos de produção de afetos em que as pessoas transferem às outras características estereotipadas, o que tende a criar padrões fixos de relação, os quais podem bloquear a co-gestão Paidéia dos coletivos. Assim reconhecer a existência desses processos, analisá-los com crítica e intervir nos significados transferidos é um poderoso recurso de gestão. (CAMPOS, 2000 p. 189).

Desse modo, o método de co-gestão é muito conveniente, por constituir um processo a ser organizado. Os sujeitos possuem um relativo grau de autonomia, mas persistem diferenças e interesses, existe circulação de afeto e um contrato como procedimento estabelecendo expectativas. Mas um método de trabalho se faz necessário tendo em vista as expectativas particulares de cada mundo, porque essa interseção vislumbraria uma maior aproximação e diálogo para o estabelecimento e revisão de contrato.

Sabendo que o SUS é uma rede em que todos têm autonomia relativa, compete aos gestores públicos proporcionar uma articulação entre os vários níveis de governo e também entre os segmentos sociais. Para isso, é necessário um sistema de co-gestão, ou seja, conforme Campos (2003a, p. 8),

acolhendo DEMANDAS de usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, bem como lhes OFERECENDO diretrizes; e submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo-se projetos de mudança do modo o mais interativo possível.

Mas, para essa proposta acontecer, são necessários alguns critérios e metas bem estabelecidas, como habilidade de produzir saúde e impedir danos, racionalidade na gestão, clareza e responsabilidade das pessoas pela atenção, vínculo, conhecimento e luta pelos direitos dos usuários e uma gestão participativa. No entanto, a produção de saúde ou de doenças resulta de vários fatores, sociais, econômicos, dos serviços de saúde e das pessoas.

Ainda, para o sucesso e a viabilidade do SUS e sabendo que a Atenção Básica é um direito universal e que todo brasileiro deveria ter livre acesso às Equipes Locais de Saúde, é necessária uma rede básica eficaz, que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação das pessoas, tanto em nível individual como coletivo.

2.7 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

A Lei 9.131, de 1995, que criou o Conselho Nacional de Educação, dispôs sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394, de 1996, traz alterações significativas no que tange ao ensino em geral e ao ensino superior, em especial nas bases da educação, por meio das diretrizes que passaram a nortear os projetos pedagógicos para os cursos de graduação no País, em especial os da área da Saúde, possibilitando a reestruturação dos cursos de graduação com a extinção dos currículos mínimos e a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais.

A orientação estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional aponta uma maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade, tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos. Ela induz à implementação de programas de iniciação científica nos quais o aluno desenvolva sua criatividade e análise crítica e inclui dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania.

Também propõe que as universidades revejam seus objetivos e sua forma de atuação, porque elas ainda continuam prisioneiras de seus currículos. (BUARQUE, 1994). Percebe-se que, no ensino da graduação, ainda, há uma maior preocupação em manter o mercado de trabalho, sem levar em conta os avanços e necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS.

As novas diretrizes curriculares devem preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios e as rápidas transformações da sociedade, do mundo do trabalho e das condições de exercício profissional. As diretrizes curriculares constituem, no entender do CNE/CES (veja no próximo parágrafo), orientações para a elaboração dos currículos, que devem ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior, visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes. (SERPA *et al.*, 1997).

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde de enfermagem e medicina, orientadas pelo Parecer nº 1.133, da Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE), apontam a necessidade dos cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, bem como as questões sobre ética, cidadania, epidemiologia e processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir formação. Também estimulam a inserção do estudante no SUS no início do curso, o que lhe

proporcionará um conhecimento da realidade de saúde. (HADDAD, 2006).

A educação superior também vem construindo um processo de reforma, que, em 2004, como fruto de um amplo debate acadêmico e social, orientado por um conjunto de princípios, como a autonomia da universidade e o compromisso com a regulação do setor, combinou autonomia com padrões de excelência. Nesse sentido, a educação, segundo Haddad (2006, p. 20),

é concebida como uma prática social que pode dinamizar outros processos sociais, oportunizando a busca pela construção de uma sociedade inclusiva e cidadã, na qual o cuidado com a saúde desempenha um papel decisivo. Educação e saúde são bens públicos com traços em comum e diferenciados em relação às demais dimensões da vida.

Ou seja, a mudança só pode ser promovida tendo como eixos centrais a educação e a saúde, que são elementos importantes para a promoção da igualdade social e para a criação de condições dignas de vida.

As Diretrizes Curriculares Nacionais promoveram sensíveis progressos. O destaque que devemos dar é como promover sua efetivação na prática e comprometer todos os sujeitos que, de uma maneira ou de outra, estão envolvidos para a sua efetivação, em especial aqui, no mundo da escola e no mundo do trabalho.

Nas diretrizes curriculares para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, está descrito qual o perfil do profissional de saúde, que queremos que seja o de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. (BRASIL, 2006; ALMEIDA, 2005).

Para tanto, as escolas devem cumprir o seu papel de oportunizar a aproximação do estudante com os cenários de prática de saúde, estimulando o exercício da ação reflexiva. Conforme Reibnitz (2004, p. 24),

não basta a inclusão de disciplinas com abordagens epistemológicas para atingir o perfil do profissional crítico-criativo. É necessário que o corpo docente convencido da inseparável abordagem epistemológica também esteja motivado e disposto a provocar a crítica para a mudança. Tem sido ilusório tentar mudar a formação somente com um processo paralelo, desprovido de uma reflexão da prática pedagógica; ou mesmo prescindir da discussão ampla do processo de trabalho e da realidade social em vigência. Sendo assim, uma alteração curricular vai contemplar, além da mudança ou rearranjo de carga horária e de disciplinas, a discussão ampla do seu

significado na formação profissional proposta.

Percebemos que, após a implantação e implementação do SUS, vários avanços e conquistas foram conseguidos, no entanto, no campo da formação e no cotidiano dos profissionais de saúde, ainda temos muitos desafios a serem enfrentados. É um desafio permanente a articulação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola na saúde. Esse fato, diante das várias leituras e reflexões, evidencia um distanciamento da formação profissional em relação às reais necessidades do SUS.

A discussão sobre as mudanças na formação dos profissionais de saúde, aproximando-as das reais necessidades sociais, vem sendo realizada em várias instâncias, sendo necessária uma mobilização nesse sentido. Conforme BRASIL (2006, p. 11-12),

a busca pela integralidade da atenção à saúde, necessariamente, implica em avançarmos na superação de antigos embates: atenção básica/atenção especializada; ações preventivas/ações curativas; cuidados individuais/cuidados coletivos e Unidades Básicas de Saúde/hospitais.

Para atender a essa proposição, a Política Nacional de Educação em Saúde do MS propõe a necessidade de repensar o conceito de saúde de forma mais ampliada, de adotar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a integração entre o ensino e os serviços de saúde, o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde e a qualificação da gestão.

As DCNs são supervisionadas e avaliadas pelo sistema federais e estaduais de ensino. A avaliação dos cursos analisa até que ponto as diretrizes estão sendo atendidas. Assim, na implementação dos projetos pedagógicos, os cursos de Enfermagem devem atender à Resolução CNE/CES nº 3/2001, os de Medicina, à Resolução CNE/CES nº 4/2001 e os de Odontologia, à Resolução CNE/CES nº 3/2002. (BRASIL, 2006).

Constatamos que os profissionais tentam firmar compromissos assumidos mediante a determinação constitucional, a LDB, os princípios da Reforma Sanitária consubstanciados no SUS, culminando com a definição das DCNs, que reorientam a formação dos profissionais da área na perspectiva de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Para melhor entendimento, aponto alguns conceitos usados no estudo para uma Rede de Atenção Básica eficaz, segundo Campos (2003a), que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação das pessoas, mas também contemplados nas

habilidades e competências gerais e específicas propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, e importantes para o SUS.

- **Atenção Básica à Saúde:** é o primeiro nível de atenção à saúde, conforme modelo adotado pelo SUS. Envolve um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que incluem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. A partir desse nível de atenção à saúde, a assistência aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva de cuidados, até a alta complexidade. É na atenção básica o ponto inicial de contato dos usuários com o SUS. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo. (BRASIL, 2005c).

- **Atenção à Saúde:** considera que todo profissional em seu âmbito deve ser capaz de desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. O cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a Atenção à Saúde deve ser integral. A prioridade para todos os municípios é ter a Atenção Básica operando em condições plenas e com eficácia. (BRASIL, 2005c).

- **Clínica ampliada:** considera que todo profissional de saúde que atenda ou cuide de pessoas realiza clínica, respeitando as várias modalidades de clínicas, a do enfermeiro, a do médico, a do cirurgião dentista, etc. Redefine que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer, na tentativa de superar a clínica tradicional, que se preocupa somente com a doença. Isso levaria à ampliação dos meios de trabalho, por meio da escuta, da entrevista, das interações terapêuticas, utilizando técnicas de prevenção, de educação em saúde e reconstrução de subjetividade, descentrando-se assim do uso exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Portanto, não nega os espaços singulares de cada clínica. A clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente. (CAMPOS e AMARAL, 2007).

- **Construção de vínculo:** a interação entre os trabalhadores de saúde, estudantes, docentes e usuários pressupõe meios pelos quais todos aprendam sobre os vários aspectos que envolvem a saúde. Nesse sentido, as interações entre esses sujeitos vão ocorrendo no decorrer dos encontros entre eles, permitindo e aprofundando a confiança, comunicação,

estabelecendo, assim, o vínculo entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, no sentido de encontrarem melhores soluções que atendam às necessidades de todos.

- **Acolhimento e responsabilização:** apesar de serem conceitos amplos, é preciso uma mudança de postura em todo o Sistema de Saúde (mundo do trabalho/mundo da escola) para receber os casos e responsabilizar-se por eles, indo além da simples recepção na Unidade Básica de Saúde (UBS). É preciso haver a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço e a responsabilização pelo sucesso do encaminhamento para uma unidade de referência.

- **Espaços Coletivos:** conforme Campos (2000, p. 232), “é um lugar em um tempo específico em que ocorre encontro entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes”, ainda, são arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo, e onde de fato se analisam problemas e se tomem deliberações.

- **Sistema de co-gestão:** “A democracia institucional depende da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato”. (CAMPOS, 2000, p. 232).

- **Educação Permanente**¹⁵: como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular, e de controle social no setor da saúde. Pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. A Educação Permanente na Saúde (EPS) baseia-se na Aprendizagem Significativa. (BRASIL, 2004a).

- **Aprendizagem Significativa:** acontece quando aprender algo novo faz sentido ao sujeito. Geralmente ocorre quando o novo responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências. (BRASIL, 2004a).

- **Trabalho em Equipe Multiprofissional:** é uma proposta de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização

¹⁵ Sendo desenvolvida com o apoio do mundo da escola e do mundo do trabalho, desencadeia-se um amplo processo de educação permanente, de discussão dos casos, de elementos teóricos, e a problematização do cotidiano de trabalho, assegurando a circulação de informações e de experiências entre todos os envolvidos; ou seja, trabalhadores de saúde para participação no ensino, dos professores para a participação na assistência, dos estudantes para a assistência, do usuário para a participação efetiva no ensino, na assistência e no controle social.

proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde. Ainda, conforme Campos (2000), “admite-se hoje a inevitável existência de uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas, o mesmo ocorrendo com os campos de prática. Nesses termos, quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional”.

Sendo assim, esse autor, juntamente com outros pesquisadores, propõem-nos os conceitos de núcleo e campo.

Núcleo - demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, ou seja, incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. Ainda, *núcleo* é aquele conjunto de encargos (atribuições) e de saberes que constroem a identidade de cada especialidade ou profissão.

Campo - um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprirem suas tarefas teóricas e práticas, ou melhor, não caracterizaria monopólio profissional da especialidade, ao contrário, seria um campo de intersecção com outras áreas. Também, *campo* é o conjunto de atribuições e de conhecimentos que devem ser agregados ao núcleo em cada contexto, para que haja capacidade de resolver problemas de saúde. (CAMPOS *et al.*, 1997; CAMPOS, 2000b).

- **Trabalho Interdisciplinar:** o trabalho interdisciplinar e o trabalho em equipe são importantes, porque, quando as decisões são tomadas em conjunto, desfavorecem, de certa forma, as resistências às mudanças, e todos passam a ser responsáveis para o sucesso do tratamento, considerando aqui a equipe de saúde. O trabalho interdisciplinar evita que os profissionais da saúde conduzam seus trabalhos isoladamente, em diferentes direções, pois as produções de práticas eficazes surgem de uma reflexão da experiência pessoal partilhada entre os colegas.

Enfim, precisamos estar comprometidos com o processo de formação dos futuros profissionais de saúde, em que a educação como atividade humana é partícipe da totalidade da organização social. Não pode ser entendida isoladamente do contexto social mais global, pois, como aspecto dessa totalidade, ela se faz e se refaz articuladamente no interior das relações sociais. Como é um elemento da totalidade social, temos que considerá-la historicamente determinada por um modo de produção dominante. (SANTANA, 2006).

Portanto, à medida que os homens vão refletindo sobre si e sobre o mundo, vão melhorando a sua percepção, e, com isso, descobrem a realidade de uma outra forma que antes não percebiam. Ou seja, segundo Freire (1987), é na problematização, pensando na prática e em decorrência da apropriação consciente da realidade pelos sujeitos envolvidos,

enfrentando o desafio, que o processo de transformação acontece. Esse pensar na prática é entendido como movimento de ação-reflexão-ação que leva à práxis.

Freire (1987) preocupou-se com a práxis educativa, que se dá pela relação ação-reflexão. Ainda com referência a teoria e prática, ressalta que toda a prática educativa implica uma teoria educativa, já que ele e outros teóricos não aceitam a separação entre prática e teoria. A fundamentação teórica da minha prática, por exemplo, explica-se ao mesmo tempo nela, não como algo acabado, mas como um movimento dinâmico em que ambas, prática e teoria, fazem-se e refazem-se.

Estes postulados têm a finalidade de contribuir na proposta do processo de formação nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, ao proporem as ações que possibilitem integrar teoria e prática, numa práxis transformadora. Essa proposta destina-se a criar condições para que os indivíduos possam gradualmente ampliar as idéias acerca de si mesmos e da realidade social e, assim, construírem possibilidades de transformações necessárias para alcançar novos patamares profissionais e individuais.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

AS INDAGAÇÕES

A resposta certa, não importa nada: o essencial é que as perguntas estejam certas.

(Mario Quintana)

3.1 TIPO DE ESTUDO

Na literatura consultada foram encontradas várias concepções de estudo de caso como caminho para construção de conhecimento. Para Minayo (1994), metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, ainda, a autora afirma que “embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 1994, p. 16-17). Além disso, essa autora refere que um estudo de natureza qualitativa procura “compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos”. Isso é, as ciências sociais tentam compreender a realidade humana vivida e “trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana” (p. 24).

Yin (2005) aponta os estudos de caso como a estratégia de pesquisa preferida para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, quando o fenômeno sob estudo é contemporâneo e se localiza dentro de um contexto social, e quando as questões a serem investigadas são “como” e “por que”. Nesses casos, diz o autor, o estudo de caso permite à investigação reter características de eventos da vida real, desde que sejam planejados e conduzidos cuidadosamente. Esse autor também propõe a classificação dos estudos de caso em explanatórios, exploratórios e descritivos. Neste estudo, utilizamos a abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso descritivo, que são aqueles que requerem alguma teoria para coletar os dados; a teoria referida é aquela que inclui o caso a ser descrito em sua profundidade e abrangência, proporcionando referencial para o início e final da descrição.

Conforme Martins (2006), essa forma de pesquisa qualitativa tem como objetivo o

estudo de uma unidade social que analisa profundamente um contexto real, no qual o pesquisador não tem controle sobre as variáveis e busca apreender em sua totalidade. Esse autor assinala que um estudo de caso poderá ser exploratório, descritivo e experimental, sendo que os experimentais são raramente utilizados em Ciências Sociais Aplicadas. As diferenças entre as categorias exploratórias e descritivas são imperceptíveis, tendo em vista que “toda investigação científica tem caráter exploratório e descritivo, alterando-se apenas algumas fases”. (MARTINS, 2006, p. 11).

Para Trivinos (1987, p. 133), o estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa de maneira aprofundadamente”. O resultado alcançado no estudo de caso permite formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas. Gil (2006, p. 72-73) refere que o estudo de caso “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”. Para Stake (1998), um estudo de caso é o estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular para compreender sua atividade em circunstâncias importantes. É mais uma escolha do objeto a ser estudado do que uma escolha metodológica, portanto a escolha de um caso é fundamentada nas características do objeto de pesquisa. Ainda, para Minayo (2004, p. 93), estudo de caso “é uma estratégia de investigação qualitativa para aprofundar o *como* e o *por que* de alguma situação ou episódio, frente à qual o avaliador tem pouco controle”.

Desse modo, a escolha pela abordagem qualitativa do tipo estudo de caso permite atingir o objetivo da pesquisa, que é compreender o processo de formação dos futuros profissionais de saúde nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, nos Serviços de Atenção Básica, diante das Diretrizes Curriculares Nacionais. Esta pesquisa objetiva compreender uma dada realidade e assim contribuir para a construção do conhecimento.

Para Martins (2006), o sucesso de um estudo de caso depende da perseverança, criatividade e criticismo do investigador, a fim de construir descrições, interpretações e explicações originais que possibilitem a extração cuidadosa de conclusões e recomendações. Nesse sentido, segundo esse autor, o pesquisador deve mostrar encadeamento de evidências e testes de triangulação de dados que orientem a busca dos resultados alcançados. Ainda, a confiabilidade de um estudo de caso terá mais qualidade e poderá ser garantida pela utilização de várias fontes de evidências, se as técnicas forem distintas. Yin (2005) também recomenda a triangulação com a utilização de várias fontes de evidências, nos estudos de caso, permitindo

que o pesquisador dedique-se a questões históricas, comportamentais e de atitudes. Trivinos (1987) refere que a triangulação permite amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco do estudo. Turato (2003) menciona que a triangulação é utilizada por diversos pesquisadores em metodologias qualitativas para a validação de seus estudos. A triangulação é uma abordagem para a investigação qualitativa que utiliza a combinação de mais de uma estratégia para uma única investigação, com a finalidade de confirmar ou assegurar a integridade dos resultados. (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

Neste estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa, foi utilizada a triangulação como forma de garantir a confiabilidade e a convergência dos resultados advindos de diversas fontes de dados, obtidas pelas técnicas de observação participante, entrevista e análise documental.

No desenvolvimento de um estudo de caso, é necessário levar em conta quatro condições para que possa ser considerado estudo determinante de conhecimento, que são: validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade. (YIN, 2005). No presente estudo, os procedimentos utilizados para o alcance da qualidade do estudo centraram-se na validade do constructo e confiabilidade. A validade do constructo, também chamada de construto ou construção, é uma variável, ou conjunto de variáveis, que busca o significado teórico de um conceito ou de uma proposição. (MARTINS, 2006). A confiabilidade é alcançada quando o pesquisador estabelece um protocolo para coleta de dados, registrando os procedimentos utilizados, e quando cria uma base de dados sobre o caso. Um estudo de caso deverá ser precedido por um detalhado planejamento, a partir do referencial teórico e das características do caso a ser estudado. Isso inclui a construção de um protocolo de aproximação com o caso e as ações a serem desenvolvidas, que indica que o estudo não se reduziu a uma coleção de dados e informações que não oferecem condições para propostas de relações entre os achados e o alcance dos objetivos. (MARTINS, 2006).

Protocolo para coleta dos dados

A construção do protocolo se deu a partir da leitura atenta as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os três cursos em estudo, retirando o que considere importante para as atividades práticas na Atenção Básica, nos semestres a serem desenvolvidos. Contemplei também o perfil que se quer para o formando: que possua uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor técnico científico, pautado em princípios éticos, analisando os diferentes níveis de atenção na perspectiva da integralidade da

assistência, capacitado para atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Vale ressaltar que adoto, para este estudo, a nomenclatura de Curso 1, Curso 2 e Curso 3, a fim de evidenciar as características do que é esperado para o processo de formação, mais do que as peculiaridades próprias de cada um deles. Por outro lado, tendo em vista que os cursos estavam em diferentes processos de implantação dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) de acordo com as DCNs, realizei a observação nos semestres mais adiantados em cada curso, que tinham atividades no mundo do trabalho.

A composição do protocolo privilegiou três indicadores, a Atenção à Saúde, a Educação Permanente e o perfil dos futuros profissionais da saúde dos Cursos 1, 2, e 3, descritos nas DCNs para o Sistema de Saúde vigente. Esses indicadores foram fundamentados em Campos (2000, 2003) e nas DCNs para os cursos de graduação na área da saúde.

A partir da criação do protocolo, foram criados os demais instrumentos de coletas de dados, como o roteiro para a observação participante (Apêndice A) e as entrevistas semi-estruturadas (Apêndices B e C).

Indicador	Aspectos específicos para coletas de dados	Onde buscar – documentos e técnicas para condução da coleta de dados
Atenção à Saúde	-Trabalho em equipe multiprofissional. - Trabalho interdisciplinar	Observação participante nos cenários de práticas Questionando professores, estudantes e trabalhadores da saúde
	Desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde.	Grade curricular Plano de disciplinas Observação participante nos cenários de prática
	- Inserção precoce do estudante nos cenários de práticas	Grade curricular Plano de disciplinas
Educação Permanente	- Realização de estudos a partir de situações práticas - Condução de pesquisas ou projetos para solução de problemas de prática - Existência de programas, cursos ou treinamentos de atualização -CO-GESTÃO - Participação dos profissionais da prática nas atividades com estudantes, professores e vice-versa	Planejamento nos cenários de prática. Entrevista com coordenadores dos cursos.
Formação do Enfermeiro, Médico e Cirurgião Dentista, generalista para SUS.	Perfil profissional das DCNs Compreensão e valorização do SUS	Observação participante nos cenários de práticas PPP

Quadro 1: Protocolo para coleta de dados

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa, para a observação participante, estudantes, professores, e profissionais do mundo do trabalho envolvidos nas atividades de ensino que se realizaram no período da coleta de dados. No Curso 1, foram observados os estudantes do 3º semestre, que desenvolveram suas atividades práticas no Programa de Saúde da Família (PSF). No Curso 2, um grupo de estudantes do 5º semestre, com atividades práticas na Unidade Básica de Saúde. No curso 3, um grupo de estudantes do 2º semestre, com atividades práticas na Clínica Extramuros, na Escola Estadual. As falas dos estudantes usadas durante as observações foram identificadas com EC1, EC2 e EC3, ou seja, estudante do Curso 1, estudante do Curso 2 e estudante do Curso 3, respectivamente.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com os coordenadores dos Cursos 1, 2 e 3 e com a responsável pelo Núcleo de Educação Permanente e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, encarregada pelas atividades práticas nos Serviços de Atenção Básica do município. As falas dos coordenadores dos cursos e da responsável pelo NEPeS identifiquei como S11, S12, S13 e S14, isso é, considerando S – sujeito.

Para a análise dos documentos, foi utilizado o PPP dos três cursos, o planejamento das atividades práticas das disciplinas em que foram feitas as observações e também foi necessário solicitar aos professores de outras disciplinas que mantinham atividades práticas na rede de Atenção Básica o seu planejamento das atividades. Foi preciso também conversar com eles para melhor esclarecimento de algumas dúvidas que foram aparecendo no decorrer da coleta e registradas em diário de campo.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

No estudo de caso, as evidências podem vir de várias fontes de coleta de dados. O pesquisador deve saber usar essas fontes, que exigem conhecimento e habilidades. As técnicas que foram utilizadas neste processo de investigação foram a observação participante (Apêndice A) e a análise documental – PPP dos cursos e os planos de aula. A entrevista com os coordenadores dos cursos e a responsável pelo NEPeS (Apêndices B e C).

Durante a apresentação dos resultados e na discussão, sempre que me referi aos cursos, adotei para identificação Curso 1, 2 e 3.

3.3.1 Observação participante e locais observados

A observação participante, segundo Yin (2005) e Martins (2006), proporciona ao pesquisador assumir várias funções dentro do estudo de caso, podendo participar como membro de uma equipe ou dos acontecimentos que estão sendo estudados, entre outras atividades. Neste estudo, além dos locais e semestres fixados para a observação participante, foi necessário participar e observar outros acontecimentos, a fim de alcançar melhor

elucidação do caso.

Cursos	Ano de implantação no novo currículo	Locais de observação	Semestres mais avançado do novo currículo com atividades práticas que foram observados	Semestres que foram analisados os documentos, feitas algumas observações por apresentarem disciplinas de saúde coletiva e para a complementação da coleta dos dados.
1	Primeiro semestre de 2005	PSF	3º semestre	1º e 2º semestres.
2	Primeiro semestre de 2004	Unidade Básica de Saúde - UBS.	5º semestre	1º e 2º semestres.
3	Primeiro semestre de 2005	Clínica Extra-muros na escola estadual.	2º semestre e	1º semestres. 7º semestre

Quadro 2: Demonstrativo dos cenários de práticas e semestres fixados para a coleta de dados, e demais semestres observados e analisados os documentos

A observação nos cenários de práticas, considerados aqui como sendo os Serviços da Atenção Básica, onde foram desenvolvidas as observações nos três cursos, teve início em maio de 2007 e foi até agosto de 2007, com diferentes horários em cada curso, devido à alteração do calendário da IES da região Sul, por causa da greve do ano anterior.

Os semestres escolhidos para a investigação foram os mais adiantados, com atividades práticas nos Serviços de Atenção Básica após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em cada curso, que ocorreram em diferentes épocas.

O Curso 2 iniciou com seu novo currículo no primeiro semestre de 2004 e os Cursos 1 e 3 iniciaram no primeiro semestre de 2005. Inicialmente achei que encontraria os três cursos desenvolvendo as atividades práticas em um único Serviço da Atenção Básica. Como isso não foi possível, conversei com os coordenadores de cursos para ver os cenários de práticas de cada curso.

No Curso 1, o local de coleta dos dados foi no PSF, com estudantes do terceiro semestre, na disciplina de Saúde Coletiva III, geralmente nas quartas-feiras e quintas-feiras, sendo o período de observação de 16/05/07 a 15/08/07. Esse foi o curso com maior tempo de observação, pela dinamicidade das atividades, totalizando 64 horas.

No Curso 2, a coleta de dados foi na Unidade Básica de Saúde, com estudantes do quinto semestre, na disciplina de Clínica e Tratamento das Doenças Prevalentes, nas terças-

feiras pela manhã, no período de 14/05/07 a 27/06/07, perfazendo um total de 25 horas.

No Curso 3, a coleta de dados foi na Clínica Extramuros, em uma Escola Estadual mantida pela IES, com os estudantes do segundo semestre, na disciplina de Saúde coletiva II, nas segundas-feiras à tarde, no período de 28/05/07 a 24/07/07, perfazendo um total de 24 horas. Esse curso não desenvolve atividades práticas nos Serviços de Atenção Básica.

No decorrer das observações nos cenários de práticas, encontrei estudantes de outros semestres dos Cursos 1 e 2, em atividades ou visitas. Conversando com os estudantes, procurei conhecer como essas atividades eram desenvolvidas.

No Curso 1, os estudantes eram acompanhados pelo professor, o que me levou a consultar o cronograma da disciplina.

Os estudantes do Curso 2, do primeiro semestre, acompanhavam os Agentes Comunitários de Saúde, nas terças-feiras à tarde; acompanhei esses estudantes durante 20 horas. Os estudantes do segundo semestre do Curso 2 acompanhavam o profissional da equipe do PSF, nas sextas-feiras à tarde; acompanhei esses estudantes durante 16 horas e também averigüei o cronograma das disciplinas.

No Curso 3, durante a observação na Clínica Extramuros, conversando com os estudantes do segundo semestre, comentaram que eles, no primeiro semestre, faziam visitas em UBS, em PSF e em outros locais do SUS na cidade. Diante do fato, conversei com o docente da disciplina de Saúde Coletiva I e participei uma manhã dos seminários apresentados pelos estudantes dos locais visitados. Ainda, durante o período de observação no Curso 3, com os estudantes do 2º semestre, conversando com um professor da disciplina, ele sugeriu que eu também observasse o 7º semestre. Expliquei que esse semestre não estava ainda no novo currículo do curso, mas fui informada de que a disciplina era a mesma do novo currículo e o mesmo cenário de prática, sendo assim, fiz 16 horas de observações.

Diante da diversidade de situações e acontecimentos durante o período de observação, mas que em estudo de caso, segundo Yin (2005) e Martins (2006) são importantes serem estudadas, para um melhor entendimento de como acontece o processo de formação nos cursos e principalmente para ver como se dá a inserção precoce nos cenários de práticas, ainda procurei os professores dessas disciplinas e solicitei os planos de ensino e cronogramas das atividades, para entender as atividades de visitação.

Segundo Martins (2006), o papel do observador participante pode ser tanto formal como informal, pode ser declarado ou encoberto ao grupo e pode fazer parte do grupo social ou não. Ainda esse autor (p. 26) afirma que “em um estudo de caso, o pesquisador é

formalmente conhecido, podendo ser, ou não, parte integrante do caso”. Assim, ele será parte do contexto que será observado e ao mesmo tempo ele modifica o contexto e por ele é modificado. Neste estudo, participei como um pesquisador formalmente conhecido.

Minayo (2004), quando fala em observação, chama a atenção que toda a observação deve ser registrada, no que convencionalmente é chamado de diário de campo, local que deve conter todas as informações das observações, sobre conversas informais, comportamentos, enfim, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

Lüdke e André (1986) referem que não existem regras para se fazer anotações, mas aconselham que quanto mais próximo do momento da observação, maior a acuidade. Procurei sempre fazer as anotações na ficha de observação (modelo abaixo), após a observação dos fatos, e mantive o cuidado de antes de sair do cenário descrever o observado e as minhas impressões, o que me ajudou em muito na análise dos dados. As transcrições das observações foram realizadas diariamente para os meus arquivos eletrônicos, já assinalando com cores diferentes o que achava comum e analisava as minhas impressões, deixando registradas e constituindo o banco de dados para posterior triangulação dos dados.

Durante todo o período de observação, além do protocolo que direcionou meu estudo, construí um instrumento de observação (Apêndice A), servindo de guia e um melhor direcionamento das observações. Além desses instrumentos, os registros das observações foram feitos por cursos, conforme o quadro 3, que era preenchida a mão, nos cenários de práticas.

Curso:.....Data:.....Local:.....				
Hora (chegada e saída):.....Duração:.....				
O que observar	Identificação (o que está sendo observado, data, hora, local, participantes)	O que aconteceu (fatos, descrição de diálogos, de preferência em ordem cronológica)	Minha participação (o que eu fiz, como me relacionei, o que disse)	As impressões (o que senti, pensei ou deduzi a partir do que vivi na experiência, dificuldades e facilidades; o que ainda preciso esclarecer mais, quais minhas dúvidas)

Fonte: Instrumento adaptado de Nitschke (1991, 1999), utilizado no Curso de Graduação em Enfermagem (UFSC), na disciplina O processo de viver humano 1 – Sociedade e Ambiente.

Quadro 3: Registro das anotações

3.3.2 Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista é uma técnica de pesquisa cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem às questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente com base nas suposições do pesquisador. (MARTINS, 2006). As entrevistas, segundo Yin (2005), são consideradas fontes importantes e essenciais para os estudos de caso, uma vez que os estudos de caso em pesquisa social tratam geralmente com questões humanas. Mas alerta que as entrevistas devem ser consideradas apenas como relatórios verbais, porque estão sujeitas a velhos problemas, como os vieses na pesquisa, enfatizando a importância de outras fontes, a fim de corroborar com os dados obtidos.

Trivinos (1987) menciona a entrevista semi-estruturada como aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados no referencial teórico, que interessam à pesquisa e oferecem amplo campo de interrogativas, que vão surgindo à medida que os informantes vão respondendo. Assim, à proporção que o informante vai seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências nas respostas dadas, ele passa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Minayo (1994, 2004) caracteriza a entrevista num primeiro nível como uma comunicação verbal, que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já em um outro nível, serve como um modo de coleta de dados sobre um determinado tema. Refere que a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado pode falar sobre o tema proposto, e aponta para um roteiro de entrevista com poucas questões, a fim de facilitar o aprofundamento das respostas.

As entrevistas individuais foram agendadas previamente com cada sujeito, ficando o local e horário de acordo com a melhor conveniência para o entrevistado. No dia agendado pelos entrevistados e com sua permissão para o uso do gravador, para melhor transcrição dos dados, iniciava a entrevista após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndices B e C), para facilitar ao pesquisador sobre as questões relacionadas ao objeto de pesquisa. As entrevistas duraram em média de 45 a 60 minutos.

Os entrevistados para este estudo foram os coordenadores dos Cursos 1, 2 e 3 e a responsável pelo NEPeS da SMS, sendo identificados nas falas como S11, S12, S13 e S14 (S – Sujeito), respectivamente. Após o término das entrevistas, os arquivos gravados foram

armazenados e transcritos, fazendo parte do banco de dados para a análise.

3.3.3 Análise documental

Outra técnica importante para a coleta de dados, neste estudo, foi a análise documental. O uso da documentação deve ser cuidadoso, pois, segundo Yin (2005), os documentos não podem ser aceitos como registros literais e precisos dos eventos ocorridos, e seu uso deve ser planejado, para que sirvam para corroborar e aumentar as evidências vindas de outras fontes. A análise documental busca identificar informações específicas nos documentos, a partir de questões ou hipóteses de interesse do pesquisador. Conforme Ludke e André (1986, p. 38), “podem se constituir numa técnica valiosa de abordagens de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Martins (2006) considera a pesquisa documental necessária para o melhor entendimento do caso e também para corroborar com os dados coletados por outras fontes, possibilitando a confiabilidade de achados, através da triangulação de dados e resultados.

Para esta pesquisa, no momento em que fiz o agendamento das entrevistas com os coordenadores, solicitei os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos Cursos, os quais prontamente me foram dados em CD. No decorrer da pesquisa, outros documentos foram solicitados à coordenação dos cursos e também aos professores, como os planos de aula (que nem todos tinham) e o cronograma das disciplinas. Os documentos analisados foram os PPPs e os cronogramas das disciplinas, que passaram a fazer parte do banco de dados.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Não há um roteiro único para analisar os resultados de um estudo de caso, e a maior parte da análise dos dados é realizada concomitantemente ao trabalho de coleta. O protocolo construído subsidiou o processo analítico estabelecendo prioridades do que deve ser analisado e o porquê. (YIN, 2005; MARTINS, 2006).

Na análise dos dados, os pesquisadores costumam encontrar três grandes obstáculos: a ilusão de transparência, a fidedignidade às significações presentes no material, referidas às relações sociais dinâmicas, e a interpretação dos trabalhos empíricos, que consiste na dificuldade de se juntar teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo. (MINAYO, 2004).

A análise dos dados recolhidos busca atingir três objetivos (MINAYO, 2004, p. 197, 198): a ultrapassagem da incerteza, o enriquecimento da leitura e a integração das descobertas.

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. “Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo”. (MINAYO, 2004, p. 208).

A técnica escolhida para analisar os dados foi a da análise temática de Minayo (2004), que constitui em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença significa alguma coisa para o objeto de estudo.

A análise temática desdobra-se em três etapas, sendo adotado o processo analítico. Cumpre destacar que esse processo é dinâmico e interligado, ocorrendo um contínuo ir e vir nas diferentes etapas, a fim de melhor elucidar os achados e explorar os resultados evidenciados.

1. A pré-análise: consistiu na organização do material a partir dos indicadores presentes no protocolo de pesquisa. As observações foram todas registradas em diário de campo e após eram transcritas e armazenadas, bem como os documentos depois de lidos foram armazenados e as entrevistas depois de transcritas também foram todas salvas em uma pasta no computador, fazendo parte do banco de dados. A partir dos indicadores do protocolo construído, assinalei cada indicador com uma cor e passei a fazer uma nova organização dos dados. Iniciei pelas observações por conterem um maior número de informações. Na medida em que ia lendo as anotações das observações, ia marcando conforme as cores determinadas no protocolo, e assim também fiz com as entrevistas e com os documentos.

Com isso deu-se a constituição do *corpus* de análise, partindo da organização dos dados coletados. A seguir foi feita uma leitura flutuante do conjunto desses dados por curso, e fui realizando uma aproximação dos dados numa espécie de categorização preliminar. E fui agregando os dados dos três cursos.

2. Exploração do material: consistiu essencialmente na operação de codificação dos dados organizados visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para contribuir com

esse processo, objetivando melhor organização dos dados diante das unidades de análise encontradas em cada curso, utilizei o Software Atlas Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions). Esse *software* permite a introdução dos dados qualitativos já digitados pelo pesquisador, que são denominados de Unidades Hermenêuticas, e auxiliou na codificação dos dados coletados. Após várias leituras e releituras começaram a emergir as categorias e subcategorias, a partir dos dados encontrados nas observações, entrevistas e documentos. Foram encontradas três categorias e cinco subcategorias .

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da organização das categorias e subcategorias, os resultados foram sendo relacionados e contrastados com a fundamentação teórica, permitindo a compreensão e reflexão do mundo do trabalho e mundo da escola. Esse processo compõe o capítulo 4, que trata sobre os resultados, descrevendo o mundo da escola e o mundo do trabalho, e o capítulo 5, a discussão dos resultados – compreendendo e refletindo sobre o processo de formação.

3.5 O RIGOR E OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS NESTE ESTUDO DE CASO

O rigor científico, na pesquisa qualitativa, abrange algumas ações que precisam ser consideradas pelo pesquisador. Durante a execução do estudo, foram observados os aspectos éticos que permearam o processo. Nesse sentido, para a inclusão dos participantes, foi seguida a Resolução nº196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Para tanto, foi apresentado um Termo de Consentimento para participação, assegurando anonimato aos respondentes (Apêndice D).

Ao iniciar a pesquisa, procurei os coordenadores dos cursos para ver em quais os cenários de práticas que os estudantes desenvolviam suas atividades – a fim de preencher a proposta da pesquisa, de fazer a observação no semestre mais adiantado de cada curso após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Aos coordenadores também foi pedido para assinarem a declaração de que estavam cientes da pesquisa que seria desenvolvida, e também foi solicitada a assinatura do Diretor do Centro de Ciências da Saúde da IES da região Sul. Na Secretaria de Saúde do município da região Sul, conversei com a responsável pelo controle nos cenários de práticas que iria desenvolver as observações, para que assinasse

a declaração e tomasse ciência da pesquisa, bem como dos locais que iria fazer as observações. Após conversar com a responsável pelas atividades práticas da Secretaria de Saúde do município, fui aos locais que iria fazer as observações, apresentei-me aos coordenadores das unidades e expliquei sobre a minha proposta de pesquisa, bem como para os professores e estudantes que iriam desenvolver ou já estavam desenvolvendo suas atividades práticas.

Como em qualquer estudo que envolva seres humanos, as questões éticas precisam permear todo o processo em que os princípios que asseguram os direitos das pessoas devem estar presentes, desde a etapa do planejamento até a apresentação do relatório.

O estudo assumiu os princípios propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os princípios éticos adotados para o desenvolvimento do estudo foram os que seguem:

- Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da IES da região Sul – Protocolo nº 23081.002790/2007.95 (Anexo 1);
- Consentimento livre e informado aos participantes (Apêndice D).

Foi assegurado à instituição e aos sujeitos, mediante compromisso assumido pela pesquisadora, que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa.

4 RESULTADOS: DESCRIÇÃO DO MUNDO DA ESCOLA, DO MUNDO DO TRABALHO E DO PROCESSO DE FORMAÇÃO

A COISA

A gente pensa uma coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa... e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita.

(Mario Quintana)

4.1 MUNDO DA ESCOLA

O estudo foi realizado em uma Instituição Federal de Ensino Superior da região Sul do Brasil, constituída como Autarquia Especial vinculada ao Ministério da Educação, que possui oito Unidades Universitárias: Centro de Ciências Naturais e Exatas, Centro de Ciências Rurais, Centro de Ciências da Saúde, Centro de Educação, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Centro de Tecnologia, Centro de Artes e Letras e Centro de Educação Física e Desportos. Tem 66 cursos de Graduação presenciais, oferecidos no vestibular de 2007, um curso de Ensino à Distância e 56 cursos de Pós-Graduação permanentes, sendo 30 de Mestrado, 11 de Doutorado e 15 de Especialização. Tem ainda três Escolas de Ensino Médio e Tecnológico. Essa instituição realiza cursos de Especialização, de Atualização, de Aperfeiçoamento e de Extensão em caráter eventual, atendendo a diversificadas solicitações de demanda regional (IES da região Sul, Folder, 2007¹⁶).

Freqüentam essa instituição 16.578 estudantes (1º semestre de 2007) em cursos permanentes, distribuídos entre os três níveis de ensino, dos quais 12.351 são do ensino da Graduação, 1.942 do ensino de Pós-Graduação e 2.285 do ensino Médio e Tecnológico. O corpo docente é composto de 1.202 professores do quadro efetivo, 199 professores de contrato temporário, além de um quadro técnico-administrativo de 2.542 servidores.

É uma instituição caracterizada como Universidade, na qual há 10 cursos da área da saúde dos 14 cursos listados pelo Conselho Nacional de Saúde, nem todos incluídos no Centro de Ciências da Saúde, a exemplo do curso de Psicologia. Os cursos envolvidos no estudo foram identificados como 1, 2 e 3, considerando-se que o tema de estudo é o processo

¹⁶ Não serão colocadas referências para garantir o anonimato da IES.

de formação nos serviços da rede de atenção básica, e este é orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, que são muito semelhantes entre si, independentemente das especificidades de cada curso.

4.1.1 Curso 1

O Curso 1 foi criado há mais de 30 anos e desde então passou por várias mudanças curriculares. Seu PPP atual refere que busca formar profissionais voltados, prioritariamente, para as necessidades do mercado. Concernente à sua trajetória, o Curso delinea como missão: promover ensino, pesquisa e extensão visando à formação cidadã de profissionais, capazes de intervir na sociedade com a perspectiva de torná-la mais democrática, justa, equânime e solidária, possibilitando aos indivíduos vida de melhor qualidade. O PPP iniciou sua implementação no primeiro semestre de 2005, está sendo implementado em seu 8º semestre (PPP, Curso 1¹⁷).

4.1.2 Curso 2

Foi criado há aproximadamente 40 anos e desde então foram realizadas várias reformas curriculares, mantendo a estrutura do Curso em ciclos básico e profissionalizante. No começo da década atual, foram realizadas várias assembleias com professores, alunos e funcionários, com o intuito de discutir a realidade do ensino diante das novas perspectivas legais, objetivando a construção coletiva de uma nova proposta para o ensino do Curso 2. Estudaram-se os modelos teóricos existentes, fizeram-se contatos com representantes das políticas de saúde municipais e institucionais e foi elaborado o PPP, com a proposta de incorporar ao saber técnico-científico outros dois grandes pilares: o saber humanístico e o social. O PPP apresenta o caminho a ser percorrido pelo aluno a partir das necessidades referidas por pesquisas, pelos pacientes e pela comunidade. Prevê mudanças no papel e na função dos professores e dos alunos, nos cenários de ensino-aprendizagem, no modo de

¹⁷ Não serão colocadas referências para manter o anonimato, assim como nos PPPs dos Cursos 2 e 3.

gerenciar a escola e na maneira de avaliá-la. O PPP iniciou sua implementação no primeiro semestre de 2004, está sendo implementado em seu 10º semestre (PPP, curso 2).

4.1.3 Curso 3

O Curso 3 foi criado por volta de 1960. No início das atividades de ensino, os objetivos do curso registravam que, além de habilitar o profissional, visavam formar profissionais responsáveis pela saúde dos indivíduos e da comunidade, preparar pessoal docente na área e, através da pesquisa, proporcionar oportunidades de renovação do ensino à luz das conquistas científicas na área (PPP, Curso 3).

Ao longo do tempo, e procurando estar sempre atento às mudanças sociais, culturais, econômicas, políticas e científicas, o Curso tem demonstrado preocupação em formar profissionais comprometidos socialmente com a saúde da população.

Passou por várias reformulações curriculares e em 2002, com a Resolução CNE/CES 03, o Curso instituiu a Comissão de Reforma Curricular e do Projeto Político Pedagógico. A comissão buscou centralizar as discussões e proposições no objetivo maior das DCNs, que é o de formar um profissional com enfoque na saúde coletiva, de acordo com as transformações que vêm sofrendo a sociedade e particularmente o mercado de trabalho do Curso 3.

A reformulação do currículo vigente ocorreu no primeiro semestre de 2005, que está sendo implementado em seu 8º semestre (PPP, Curso 3).

4.2 MUNDO DO TRABALHO

A Secretaria Municipal de Saúde da Região Sul, em estudo, conta com 39 Unidades de Saúde e, dentre estas, 16 são Estratégias de Saúde da Família e as demais Unidades Básicas de Saúde. As restantes são distribuídas em cinco regiões e distritos sanitários.

Com o propósito de coordenar, implementar e integrar as políticas de atenção à saúde e os diversos programas, foi criado no início do ano de 2005 o Núcleo de Atenção Básica. Os programas que integram o Núcleo de Atenção Básica são: Saúde da Criança e Adolescente,

Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Adulto (Hipertensos e Diabéticos), Saúde Alimentar e Nutricional, Programa de Tuberculose e Hanseníase, Programa de Saúde da Família, Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Redução de Danos e Política Municipal HIV/AIDS.

Possui um Centro de Especialidades e Diagnósticos da Atenção Secundária, com as seguintes especialidades: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrologia, Nutrição, Reumatologia, Radiologia, Ginecologia, Odontologia, Oftalmologia, Pneumologia, Traumatologia, Urologia, Neurologia, Fisioterapia, e Assistência Social. Ainda tem três Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS), CAPS AD (Álcool e Drogas), CAPS II e o CAPSi (Infantil).

Em 2004, foi criado pela SMS o Núcleo de Educação Permanente da Saúde (NEPeS), com a perspectiva de trabalhar com a qualificação, desenvolvimento e valorização das pessoas. O NEPeS é responsável por questões relacionadas com a Educação Permanente dos profissionais que desempenham suas atividades laborais junto à SMS e também por assuntos da relação ensino/serviço das Instituições de Ensino Superior (IES)/Escolas Técnicas com as Unidades de Saúde.

Os locais selecionados para a coleta de dados da pesquisa foram uma Unidade do Programa de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Também foi selecionada uma Clínica Extramuros que é mantida pela IES da região Sul para prestar assistência à saúde em uma escola estadual. Esses locais foram selecionados a partir da indicação dos 3 Cursos.

4.2.1 Unidade de Programa de Saúde da Família

Essa Unidade foi implantada em uma antiga Unidade Básica de Saúde, em maio de 2004, promovendo, desde então, assistência a mais de 2.500 famílias, perfazendo um total de mais de 11.000 indivíduos.

Nela trabalham duas equipes de saúde da família: uma com a presença do cirurgião dentista e outra com a equipe mínima. São responsáveis por duas áreas distintas da cidade, as quais se subdividem, cada uma, em seis microáreas.

O número total de pessoas atendidas extrapola o máximo estabelecido pelo Ministério

da Saúde, que preconiza 4.500 pessoas por equipe. Duas microáreas permanecem sem cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por carência de recursos humanos, segundo informações da própria equipe.

A estrutura física é constituída por sala de espera, recepção, secretaria, farmácia, sala de procedimentos e coleta de material para exames laboratoriais, sala de nebulização, sala de limpeza e esterilização de materiais, sala de vacinas, depósito de materiais, almoxarifado, sala de reuniões da equipe, copa/cozinha, dois banheiros (um para funcionários e outro para a clientela). Também existem seis consultórios, sendo um odontológico, três médicos (dois para consultas agendadas e um para acolhimento) e dois de enfermagem. Vale salientar que a estrutura física foi ampliada há cerca de 10 meses, otimizando consideravelmente os meios para a efetivação do atendimento e assistência às famílias da região.

Em relação aos recursos humanos, a Unidade de Saúde da Família (USF) é composta por duas médicas, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma atendente de consultório dentário, uma recepcionista, 10 agentes comunitários de saúde e uma funcionária para serviços gerais. Além disso, a USF também conta com a presença dos acadêmicos dos Cursos de 1, 2 e de Fisioterapia, que realizam atividades práticas e estágios curriculares, além de integrarem outros projetos vinculados à IES.

Na USF, são oferecidos serviços de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, e procedimentos de Atenção Básica diversos. Também são realizadas reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos, grupo de tabagistas, acompanhamento do crescimento infantil e o grupo Cardiocomunidade, realizado por acadêmicos do Curso de Fisioterapia. Nesse cenário, observei os futuros profissionais de saúde do Curso 1.

4.2.2 Unidade Básica de Saúde

Inaugurada em julho de 2006, essa Unidade Básica de Saúde oferece atendimentos em Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria, Enfermagem e Odontologia e realiza atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, terceira idade, adolescentes e gestantes.

A estrutura disponível conta com recepção, sala de vacinas, cinco consultórios, central de esterilização, duas salas para curativos, sala para nebulização, sala para aplicação de medicamentos, farmácia com almoxarifado integrado, sala de reuniões e sanitários para

pacientes e funcionários. Garante atendimento de Atenção Básica aos moradores da região e é um espaço de trocas de experiências com Instituições de Ensino Superior da cidade. Nesse cenário, observei os futuros profissionais de saúde do Curso 2.

4.2.3 Clínica Extramuros mantida pela IES

Fundada no período de 1980, está instalada dentro de uma escola de Ensino Fundamental e serve de campo para atividades práticas do Curso 3. Possui 2 salas, a sala maior possui uma infra-estrutura para a realização das atividades práticas dos estudantes desse curso. A outra sala é multiuso, para guarda de materiais, higienização, esterilização, reunião dos estudantes, entre outras atividades de estudo.

Nesse cenário de prática, atuam os professores e estudantes das disciplinas de saúde coletiva e uma técnica em enfermagem. O atendimento é prestado somente aos estudantes da escola onde a clínica está inserida.

4.3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Os registros referentes aos dados coletados foram efetivados a partir das observações e entrevistas durante o período de coleta de dados. Simultaneamente foram iniciadas reflexões sobre os dados, orientando as coletas e observações subseqüentes para aspectos que precisavam ser mais bem elucidados. O princípio organizador principal do processo de análise foi a pergunta e o protocolo de pesquisa, o que não contradiz a afirmação de que a pesquisadora estava aberta a novos fatos, apenas demonstra que ela tinha um foco de interesse.

Para o processo de análise e formação das categorias e subcategorias, foram necessárias várias leituras dos dados observados e coletados, dos quais emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- **Planejamento das oportunidades de aprendizagem e ações desenvolvidas**

no mundo do trabalho e no mundo da escola

- Oportunidades de aprendizagens do mundo do trabalho e seu aproveitamento pelo mundo da escola
- Oportunidades de aprendizagens do mundo da escola e seu aproveitamento pelo mundo do trabalho
- **Preparo dos sujeitos envolvidos no mundo do trabalho e no mundo da escola**
 - Educação Permanente para as Políticas de Formação e Atenção à Saúde
 - Compreensão de trabalho em equipe – campo e núcleo dos saberes
- **Compromisso da formação profissional descrito nas DCNs: novas práticas, velhas práticas**

A seguir, passo a descrever cada categoria e subcategoria, com detalhamento de cada uma, bem como exemplificação de dados que as elucidam.

4.3.1 Planejamento das oportunidades de aprendizagem e ações desenvolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola

Para iniciar a coleta de dados nos três cursos, procurei a Secretaria Municipal de Saúde, no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS), para conhecer os cenários de atividades práticas dos Cursos 1, 2 e 3, na perspectiva de encontrar um Serviço da Atenção Básica em que os três cursos dos semestres a serem observados desenvolvessem suas atividades, o que não foi possível. Entretanto, o contato com o Núcleo permitiu conhecer aspectos importantes em termos do planejamento de oportunidades de aprendizagem.

A responsável pelo NEPeS, que coordena as atividades relacionadas com a Educação Permanente dos profissionais junto a SMS e também por assuntos da relação ensino/serviço das Instituições de Ensino Superior (IES)/Escolas Técnicas com as Unidades de Saúde, refere que os cursos não haviam ainda enviado os projetos dos locais que iriam desenvolver suas atividades práticas na rede. Possivelmente esse processo estava sendo articulado com os coordenadores em cada unidade.

Na entrevista com a responsável por essa organização ela refere que

toda a questão da organização do núcleo está começando, foi organizado no final de 2006. Criamos normas pra concessão de campo de estágio. [...] As instituições de ensino teriam que viabilizar. Um desses itens das normas seria o envio do projeto com 30 dias de antecedência, pra que eu pudesse enviar o memorando pra unidade, a unidade me respondesse esse memorando e eu respondesse para instituição de ensino. [...] Atendendo à necessidade de ambos. Eu faço a mediação desse processo.[...] não é papel do núcleo fiscalizar e punir. [...] É educativo, a instituição tem que entrar nesse processo de organização e os profissionais da secretaria também. [...] Eu acho que com o tempo as coisas estão fluindo de uma maneira muito satisfatória. [...] Estão se encaminhando bem. Não chegam no prazo, mas chegam, tem uns que até hoje não chegaram e que eu sei que estão na rede. Mas tudo bem, eu acredito que um dia eles vão chegar. [...] A idéia é que o projeto não seja para uma ou para outra unidade, que o projeto seja das atividades práticas desenvolvidas pelo curso em todas as unidades que eles querem (S14).

Refere ainda que existiam problemas na comunicação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Instituição de Ensino Superior, quanto ao encaminhamento das normas criadas pelo NEPeS. Nem todos os professores que utilizavam os serviços tinham conhecimento da norma.

O que vem acontecendo é um processo educativo [...] é que houve uma falha de comunicação, essas normas, foram enviadas por e-mail para as coordenações dos cursos. Algumas unidades de saúde recebiam os alunos, outras não recebiam porque queriam cumprir as normas do NEPeS. As que não recebiam, a instituição veio e regularizamos a situação e iniciou o estágio, mas tiveram outras que até hoje não chegaram, e estão em campo. [...] As coisas estão fluindo, os próprios profissionais da rede acabam pedindo socorro quando isso acontece. [...] (S14).

Comentou que existe uma dificuldade para um maior acompanhamento e planejamento nos cenários de práticas na Rede de Atenção Básica, haja vista o não cumprimento do envio dos projetos por parte dos cursos em tempo hábil, prejudicando a comunicação para as unidades de saúde ou PSF, do início e das atividades dos cursos.

Nas reuniões feitas com os coordenadores das unidades isso estava sendo discutido, [...] muitas vezes esses contatos (com a IES) são feitos verbalmente e que fica a promessa da entrega do projeto, mas a mesma às vezes não ocorre.

O planejamento proposto pelo NEPeS é importante para a organização das IES nos cenários de práticas na Rede de Atenção Básica, tendo em vista o aumento dessa procura.

Essa relação, ela está mudando [...] hoje eu vejo uma diferença, uma grande procura das instituições de ensino por campos de estágio, na rede pública, principalmente em Atenção Básica. Vejo que os cursos, a enfermagem, o

técnico de enfermagem, a medicina, os cursos da saúde eles estão avançando nessa relação. Os cursos de enfermagem, eu tenho a concepção que eles já vêm trabalhando há mais tempo, eles são pioneiros nessa relação, mas os outros cursos também estão caminhando e eu acredito que seja em decorrência das diretrizes curriculares, que tenha imposto essa necessidade, e que os cursos estejam se adequando e buscando essa formação, numa nova realidade (S14).

Após esse contato na SMS, junto ao NEPeS, conversei com os coordenadores de cursos e defini os locais em que seria possível fazer a observação participante nos serviços de Atenção Básica. Ao contrário de minha intenção, que era concentrar a observação em um só local, precisei acompanhar o processo de formação em três contextos: no Curso 1, em uma unidade de PSF, com estudantes do terceiro semestre, na disciplina Saúde Coletiva III; no Curso 2, em uma UBS, com estudantes do quinto semestre, na disciplina Clínica e Tratamento das Doenças Prevalentes; e no Curso 3, na Clínica Extramuros, com estudantes do segundo semestre, na disciplina de Saúde Coletiva II. O critério de escolha foi os semestres mais adiantados com atividades práticas nos serviços de Atenção Básica, após a implantação das DCNs nos currículos dos três Cursos.

Ao observar os PPPs dos cursos estudados, foi possível evidenciar na grade curricular a existência de um “vácuo” entre os semestres em relação à atuação dos estudantes na Rede de Atenção Básica. Em um curso estudado, há pouca aproximação desse cenário para as atividades práticas na Rede de Atenção Básica.

O Quadro a seguir nos mostra os semestres dos cursos que possuem atividades práticas relacionadas à Rede de Atenção Básica.

SEM.	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
Curso												
CURSO 1.	X	X	X			X	X					
CURSO 2.	X	X	X		X				X	X	X	X
CURSO 3.	X	X E.E.					X E.E.		X Previsão de Estágio em Saúde Pública I	X Previsão de Estágio em Saúde Pública II		

Legenda:

X – Semestres que desenvolvem atividades práticas na Rede de Atenção Básica. (Dado apresentado pelos coordenadores dos cursos ou seus representantes no Seminário de Integração Ensino/Serviço, que ocorreu na cidade, em parceria com a SMS e as IESs, em outubro de 2007).

X – Atividades na Atenção Básica, segundo outras fontes de informação (observação, entrevistas, análise documental, participação em atividades diversas).

E. E. – Escola Estadual

Quadro 4: Semestres com atividades práticas na Rede de Atenção Básica, nos Cursos 1, 2 e 3.

Conforme o quadro, percebe-se que há desigualdades na distribuição das atividades de prática na Rede de Atenção Básica entre os cursos, sendo que o curso com mais semestres é o Curso 2, seguido do Curso 1 e do Curso 3.

Outro aspecto que chama a atenção é a diferença de informações prestadas pelos coordenadores dos cursos, assinaladas em preto, e as atividades efetivamente realizadas, assinaladas em vermelho, no entanto, não relatadas por eles. Esse fato observa-se no Curso 1 e no Curso 3 e pode indicar que o planejamento das atividades precisa ser mais bem realizado ou que a comunicação sobre elas necessita ser revista no âmbito de cada um dos cursos.

Os três cursos apresentam a inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas da Atenção Básica, porém cada um deles realiza atividades diferentes. A inserção precoce está sendo considerada nos dois primeiros semestres de cada curso.

Em face dessas fontes de informações e outras, como em conversas com os estudantes durante as observações, sobre o que haviam feito nos semestres anteriores e mesmo o que foi apresentado no seminário ensino-serviço, conversei com os professores das disciplinas e solicitei os planos de ensino para ver como estas eram desenvolvidas. A partir da análise desses planos e de outras fontes de informação, foram obtidos os dados relatados a seguir.

No **Curso 1**, no primeiro semestre, ocorre a disciplina de Saúde Coletiva I, com objetivo de conhecer a história da saúde e do cuidado no mundo e no Brasil, compreendendo as suas repercussões na prática da saúde e da profissão na atualidade. Essa disciplina é planejada na forma de aulas teóricas e teórico-práticas, não sendo especificada a carga horária de cada uma. As atividades consideradas teórico-práticas são visitas com acompanhamento de um professor à Unidade Básica de Saúde, a um PSF Urbano e a um Rural, ao HU e a um Conselho Local de Saúde. Essas visitas têm por objetivo conhecer a rotina de atendimento e fazer a correlação com a política pública de saúde; complementado essa atividade, faz-se uma discussão em sala de aula.

No segundo semestre, a disciplina de Saúde Coletiva II tem como objetivo conhecer a organização do Sistema de Saúde e sua articulação com as demais instituições/movimentos sociais, bem como as teorias científicas e sua aplicabilidade na sistematização da assistência, experienciando os conteúdos teóricos na prática acadêmica. Essa disciplina é planejada com 60 horas-aula teóricas e 30 práticas. As aulas práticas são visitas acompanhadas pelo professor nas Unidades de Saúde da Família, na Vigilância Sanitária do Município, na Vigilância Epidemiológica do Município, na Coordenadoria Regional de Saúde, e também é feita uma prática de entrevista no HU e a prática da Sistematização da Assistência e exame físico. Após essas visitas, os estudantes fazem um relatório que é considerado atividade de avaliação, junto com uma prova teórica.

No terceiro semestre, a disciplina Saúde coletiva III possui como objetivo, que ao término da disciplina, o aluno deverá seja capaz de analisar os modelos assistenciais em saúde, favorecendo o planejamento do cuidado em abordagens individuais e coletivas, reconhecendo a família como unidade de cuidado na saúde e na doença. Foi nesse semestre que fiz a observação, por ser o semestre mais avançado do currículo novo com atividades nos Serviços de Atenção Básica. No 4º e 5º semestres não há atividades práticas nos Serviços de Atenção Básica.

No **Curso 2**, no primeiro semestre, a disciplina de Comunitária I é desenvolvida com o objetivo de conhecer a realidade de saúde de populações, através do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, reconhecendo sua importância na Estratégia de Saúde de Família. As atividades práticas acontecem em cinco PSFs da cidade. Os estudantes são divididos em pequenos grupos (com três componentes) e distribuídos nos locais, em horários diferentes, para acompanhar os ACS. Essa atividade é feita sem a presença do professor, mas no decorrer do semestre são agendados encontros tutoriais por grupos com o professor, nos quais é

realizada a avaliação.

No segundo semestre, a Disciplina de Comunitária II possui o objetivo de conhecer as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de acordo com o Programa de Saúde da Família, e desenvolver ações do PSF compatíveis com as necessidades da comunidade. Os estudantes possuem aulas teóricas e práticas e vão para as mesmas unidades do semestre anterior, em diferentes horários e dias, em pequenos grupos, com o objetivo de acompanhar o profissional do campo e os demais profissionais do PSF. Também não há o acompanhamento do professor, é deixado para o profissional do campo uma escala dos horários e os nomes dos estudantes.

Os estudantes chegam ao PSF e apresentam-se ao coordenador do programa ou procuram diretamente o profissional responsável. No final do semestre, a avaliação é feita por meio de um seminário com todos os estudantes, no qual se faz a apresentação das atividades práticas desenvolvidas em cada PSF, com entrega de relatório.

No terceiro semestre, o Módulo de Desenvolvimento Humano preconiza o estudo do Desenvolvimento Humano ao longo de seus estágios biopsicossociais de evolução, a partir das características e necessidades de cada faixa etária, em seu contexto, tendo como parâmetro a formação humanística do profissional. Esse módulo inicia no primeiro semestre com a disciplina Gestante, recém-nascido e contexto; no segundo semestre é a Criança, adolescente e contexto; e, no terceiro semestre, Adulto, idoso e contexto, que possui como objetivo, compreender as bases biopsicossociais do adulto e do idoso, inseridos na família e na comunidade, e compreender as relações familiares com a equipe de saúde e as reações familiares, emocionais e culturais, diante da morte. Nesse semestre, os estudantes desenvolvem visitas na comunidade. No quarto semestre, os estudantes não têm atividades na Rede de Atenção Básica.

No quinto semestre, a Disciplina Clínica e Tratamento das Doenças Prevalentes possui como objetivo conhecer e identificar a epidemiologia, os fatores predisponentes, a conduta diagnóstica, a terapêutica e a prevenção das doenças prevalentes. Além disso, busca-se utilizar os conhecimentos técnico-científicos na identificação da natureza e na resolução dos problemas nas doenças prevalentes e se comprometer com a qualidade no seu atendimento.

No período em que os estudantes desenvolvem as atividades práticas, que são atendimentos individuais com os pacientes na Unidade Básica de Saúde, os professores das disciplinas permanecem sempre os acompanhando. Esses atendimentos habitualmente são discutidos com o professor para as devidas condutas.

Nos sexto, sétimo e oitavo semestres, os estudantes não desenvolvem atividades na Rede de Atenção Básica.

No **Curso 3**, a disciplina de Saúde Coletiva I, do primeiro semestre, possui o objetivo de conhecer e compreender: as relações entre saúde e sociedade, as determinações sociais e biológicas das doenças, a evolução das políticas de saúde em nível mundial e brasileiro e o contexto atual do sistema de saúde no Brasil, na perspectiva da saúde e da sua inserção no SUS. Também visa conhecer e analisar o mercado de trabalho dos profissionais, no contexto do serviço público e da iniciativa privada, com ênfase nos aspectos éticos da formação e do trabalho em saúde. Essa disciplina é oferecida com aulas teóricas e práticas. As atividades práticas são feitas por meio de visitas, sem o acompanhamento do professor, aos diferentes níveis de atendimentos do SUS na cidade, como: Programa de Saúde da Família, Hospital Universitário, Coordenadoria Regional de Saúde e Pronto Atendimento Municipal. Os grupos de estudantes apresentam os resultados das visitas em forma de seminário, ao final da disciplina, constituindo parte da avaliação.

No segundo semestre, na disciplina de Saúde Coletiva II, os objetivos são: conhecer a cárie dentária como entidade patológica multifatorial e de marcado caráter sociocultural; reconhecer seus múltiplos fatores determinantes e moduladores; atuar no diagnóstico do processo saúde-doença; e interferir nesse processo, praticando a prevenção e o tratamento de sua atividade, nos âmbitos individual e coletivo, nos diversos níveis de atenção. Nessa disciplina, são desenvolvidas atividades teóricas e práticas. As atividades práticas são realizadas na Clínica Extramuros, na escola onde a IES mantém uma clínica há vários anos, em que os estudantes do segundo semestre e do sétimo semestre atuam. Durante a observação participante, constatei que os estudantes, nessa disciplina, iniciam o atendimento aos estudantes da escola oferecendo as primeiras orientações sobre escovação, orientações sobre alimentação e realizam a avaliação clínica da boca. Considerando o nome da disciplina do segundo semestre e o objetivo proposto, evidenciei que ela está centrada na doença, não havendo coerência entre o nome da disciplina com o objetivo proposto. E, ainda, o tratamento permanece mais em nível individual do que no coletivo. O foco dado no primeiro semestre, pela disciplina Saúde Coletiva I, na lógica da Atenção Básica, não é contemplado na disciplina de Saúde Coletiva II.

Analisando conjuntamente a inserção precoce dos estudantes na Rede de Atenção Básica, percebi que há diferentes maneiras de realizar as atividades práticas, quanto a: atuação do professor junto ao estudante, tipos de atividades desenvolvidas, locais de atividades e

forma de avaliação. Em relação à atuação do professor, ele pode acompanhar diretamente as atividades, como acontece nos Cursos 1 e 3 (segundo semestre), ou apenas realizar tutoria posterior com os estudantes, como no caso do Curso 2, no primeiro e segundo semestre.

Quanto ao tipo e locais de atividades desenvolvidas pelos cursos, encontrei diferenças nas formas de inserção. A maioria das atividades é de observação da realidade dos Serviços de Saúde, com variação dos serviços visitados: os Cursos 1 e 3 visitam diferentes serviços e o Curso 2 se concentra no mesmo Serviço de Atenção Básica. No Curso 3, as experiências práticas de inserção precoce, no que se refere ao âmbito da Atenção Básica, parecem ser as mais frágeis, uma vez que a maioria dos estudantes pode não ter tido nenhum contato, caso tenha sido selecionado para as visitas em níveis de Atenção Secundária e Terciária de Saúde.

Olhando os três cursos, percebi que eles possuem um espaço sem atuação na Atenção Básica: o Curso 1, com dois semestres, seguido do Curso 2, com três semestres, e o Curso 3, em que, apesar de se fazerem as visitas apenas no primeiro semestre, somente vai para a Atenção Básica nos Estágios do nono e décimo semestres. Importante ressaltar que esse currículo, mesmo que já tenham sido feitas as adaptações após a sua implantação, ainda não foi concluído em nenhum curso.

Durante os momentos de observação não aconteceram atividades conjuntas do mundo da escola com o mundo do trabalho, para o planejamento das atividades.

No mundo da escola, o planejamento das atividades pelos cursos em estudo é feito individualmente e nas suas especificidades, seguindo as normas institucionais e o cronograma das disciplinas.

No mundo do trabalho, existe um planejamento de suas atividades pela SMS, no sentido mais macro, por ser uma Rede de Serviços com todas as suas peculiaridades institucionais e governamentais, prevendo em sua estrutura o desenvolvimento das atividades práticas e de estágios pelo mundo da escola. Nos cenários de práticas, a organização das atividades a serem desenvolvidas pelo mundo da escola ainda acontecem com a informação dos professores que ali irão permanecer com os estudantes.

No relato da responsável da SMS, sobre como estava a organização das atividades nos cenários de práticas e como os profissionais do mundo do trabalho percebiam as atividades desenvolvidas pelas instituições formadoras, ela assim se manifesta:

Estamos caminhando para uma organização, existem pessoas nos serviços que têm essa visão e se comprometem com os alunos pelo entendimento de que é importante na formação, esse tipo de vivência. [...] Ainda, a Secretaria de Saúde espera a contrapartida com as instituições que é o trabalho em equipe, a participação na formação, na educação permanente

dos nossos profissionais, na produção científica junto. Essa relação está sendo construída. [...] A gente recebe os projetos dos cursos para as atividades práticas, dizendo quais unidades, quantos alunos, qual curso, quanto tempo. Estamos avançando nisso. A Secretaria de Saúde não pode trabalhar com os limitantes das instituições em termos numéricos, nós precisamos trabalhar com a realidade das unidades de saúde. Essa negociação também está sendo construída (S14).

Ainda tentei ver como ela percebia os professores que têm atividades na Rede, se eles conheciam a proposta de apresentarem um projeto, com prazo de 30 dias de antecedência, sobre a solicitação dos cenários de prática, e como estavam as iniciativas de integração.

Não conhecem. Porque esse e-mail, essas informações foram enviadas para os coordenadores de cursos. Também tentei contato telefônico quando eu vi que os projetos não haviam chegado, mas eu acho que isso por algum momento ficou centralizado e muitas pessoas vão a campo sem o projeto, sem a liberação das atividades, não é porque elas estão descumprindo alguma coisa, é porque elas desconhecem de que isso é necessário. Nós estamos sempre correndo atrás da máquina. É por isso que te disse: eu estou engatinhando nessa questão da organização dos estágios e nessa relação ensino/serviço (S14).

As maiores facilidades e dificuldades encontradas para efetivar a integração ensino-serviço na Rede de Atenção Básica podem ser observadas nas falas dos entrevistados.

A facilidade é sempre ter me deparado com pessoas abertas, com pessoas disponíveis, com pessoas dispostas a fazer, a acertar, e não reclamam do que se está pedindo. A gente sabe que os profissionais da rede às vezes recebem sem projeto, mas muitas vezes na parceria, na necessidade, “não eu preciso deles aqui, eu vou receber”, mas acho que é uma questão educativa que com o tempo a gente vai atingir sim. E as dificuldades, eu acho que ficariam mais por conta da comunicação (S14).

[...] A gente tem dificuldades sim. [...] Para você estar ali na comunidade, nós temos que ter um vínculo com eles, uma amizade, uma aproximação. Como é que a gente vai, por exemplo, querer que o aluno siga o modelo da prática, se não é aquela que a gente realmente está esperando pelas diretrizes curriculares? Será que aquele profissional que está na unidade básica, ele é realmente um profissional que está seguindo essas diretrizes que a gente está falando, atendendo o indivíduo, buscando a integralidade? Ele também tem a formação biologicista, ele muitas vezes prefere ficar na parte administrativa. [...] A gente é um modelo, tanto positivo ou negativo, no sentido do que passamos para o aluno. A gente está formando um profissional, quer que ele tenha habilidades e competências. Você tem um espaço, que tem que conquistar, isso tudo você tem que fazer um trabalho, planejar esse trabalho (S11).

Eu já visitei cinco a seis postos que têm aqui. Os alunos estão felizes, atendendo, os profissionais, contentes com eles. [...] Com todas as

dificuldades a gente caminhou. Agora, estou preocupada é em reavaliar o que a gente está fazendo, a gente caminhou bem no início, bem dentro do programado. Mas as coisas, a gente já vê assim que elas já estão começando a ficar como era. Então a gente tem que retomar, e temos pouca gente envolvida pra conseguir fazer tudo isso. Então na realidade, a minha dificuldade agora vai ser reavaliar tudo que a gente está fazendo. Porque muita coisa a gente precisa modificar, no caminhar agora (S12).

Outro fator citado, que interfere tanto nos profissionais do serviço como nos do ensino, é quanto ao perfil de alguns professores.

Tem professores, profissionais, que tão no ensino e que têm uma formação e um pensamento biomédico, assistencialista, reabilitador, bem fragmentado. Tem profissionais que tão na rede que têm essa mesma visão, mas tem profissionais que estão tanto na rede quanto nas instituições de ensino que têm uma visão muito mais aberta, muito mais generalista, muito mais na relação com a promoção, com a prevenção da saúde,[...] e eu acho que ensino e serviço, eles de certa forma, eles se entrelaçam, principalmente nesse tipo de visão (S14).

Outro aspecto referenciado na entrevista diz respeito à demanda, muitas vezes levantada pelos professores e não sendo possível abarcar após o término dos estágios pelos profissionais do mundo do trabalho.

As instituições tinham muito cuidado em levantar uma demanda, e nos meses de férias ou nos meses que não têm a prática daquela disciplina, fica essa demanda pra unidade, que nem sempre consegue manter nesses períodos. Isso gera um impacto negativo. É por isso, muitas vezes, que alguns profissionais ficam com receio em receber estagiário. Isso a gente já está cobrando continuidade das atividades. Cada instituição vai ter que ver o seu, se vai ser um projeto de apoio ao ensino, se vai ser um projeto de extensão, se vai ser voluntariado. Todo mundo tem direito a um mês de férias, mas que essas atividades sejam continuadas, e que isso seja acertado no início das atividades. É essa relação que nós queremos, esse comprometimento de ambos (S14).

Os estudantes do Curso 2, no semestre observado, fazem atendimento aos pacientes agendados conforme já combinado com o serviço e com o responsável pelos estudantes naquele turno. O Curso 3 não participa de atividades na Atenção Básica, e o Curso 1 é o que mais poderia estar criando esse tipo de demanda, mas em entrevista foi possível verificar que

[...] Não podemos ter um cenário fictício, que eles saem dali e não vão achar aquilo. [...] Como é que o serviço vai manter de repente essa demanda? Porque se cria a consulta, os grupos, o pessoal vem, a comunidade gosta, conhece o serviço, ele é interessante, mas depois a gente

tem um período, e os alunos vão para outro semestre, os professores não continuam. E aí sim, eu não sei como é que eles têm lidado com isso, os profissionais do serviço. [...] Por isso acho que tem que ter uma boa integração com o serviço e ver a necessidade ali. ‘Vocês querem consulta? O que a gente pode começar a ajudar vocês? Que depois vocês vão dar continuidade’. Porque senão exatamente, eles não vão querer nem que a gente volte ali. Agora nos outros locais, pelo que eu ouço falar dos professores, os profissionais que já têm esses limites, e aí eles só vão se integrar. Que pra mim esse é o correto. Nós não podemos usar a realidade, criar uma demanda, porque daí isso vai ser negativo para a comunidade, tu criar um serviço, pode ser o mais interessante possível, mas não pode ser temporário. Porque ele cai em descrédito (S11).

O planejamento nos locais de prática ainda não está acontecendo como proposto pelo mundo do trabalho, ou seja, com um projeto por curso, que deveria ser entregue um mês antes do início das atividades, e após a avaliação pelo NEPeS, comunicados aos cenários de prática para a sua organização.

Também não existe um espaço coletivo de co-gestão entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, para juntos planejarem essas atividades, em que exista uma colaboração entre esses mundos, o que seria desejável. Não há ainda uma ‘via de mão dupla’ em que os dois se sintam contemplados com os serviços prestados.

Além das características descritas acima, essa categoria foi subdividida em duas subcategorias, que serão descritas a seguir.

4.3.1.1 Oportunidades de aprendizagens do mundo do trabalho e seu aproveitamento pelo mundo da escola

O mundo do trabalho oferece múltiplas oportunidades e alternativas de aprendizagem para os futuros trabalhadores da saúde, mas também é um espaço complexo, com circulação de muitos profissionais e informações, com interesses e posturas diferentes nas ações de saúde, com vários problemas a serem enfrentados diariamente, tanto na resolução de recursos materiais como humanos, entre outros. No entanto, para o aproveitamento das oportunidades e para a concretização do processo de aprendizagem, é necessário que exista uma organização conjunta das ações entre esses mundos.

Durante o período em que fiz a observação participante dos semestres mais adiantados

da implantação das DCNs, que apresentavam atividades práticas na Rede de Atenção Básica, foi possível constatar como ocorreu o aproveitamento das oportunidades. Como já referido anteriormente, os cursos desenvolvem suas atividades práticas em diferentes locais. O Curso 1 desenvolve suas atividades no PSF, o Curso 2, na Unidade Básica de Saúde e o Curso 3, na Clínica Extramuros, na escola estadual.

Não somente os locais são diferentes, também existem diferenças no aproveitamento das oportunidades pelos cursos. No Curso 1, o aproveitamento das oportunidades durante o horário das atividades práticas é desenvolvido por meio de escala feita pelo professor no grupo, geralmente em duplas de estudantes, nas diferentes oportunidades que o serviço oferece, e também são desenvolvidas outras atividades, quando solicitado ou informado pelo coordenador do PSF.

No Curso 2, as oportunidades são desenvolvidas pelos estudantes em duplas ou individualmente, no atendimento ao paciente, com supervisão do caso pelo professor. No Curso 3, também os estudantes são divididos em duplas, por equipamentos disponíveis, no atendimento ao estudante da escola estadual, com a supervisão direta dos professores.

As atividades desenvolvidas pelo mundo do trabalho fora do horário das atividades práticas do mundo da escola e que não estavam planejadas não são aproveitadas, ou são pouco aproveitadas.

A seguir, passo a detalhar as oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho e como foram aproveitadas pelo mundo da escola.

No Curso 1, dentro das oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho durante as suas atividades práticas, foi possível perceber que, quando solicitado pelo mundo do trabalho alguma atividade, a professora e os estudantes aderem à proposta. Um exemplo disso foi o trabalho educativo realizado no dia de luta antitabaco. O Curso 1 organizou vários materiais e informativos enfocando os malefícios do fumo, e também fizeram um comparativo do preço do cigarro de quem fuma uma carteira por dia com alguns alimentos da cesta básica, para trabalhar com os adultos. Com as crianças, utilizaram o comparativo com produtos de interesse deles, conforme a faixa etária, também comparando com o consumo de uma carteira de cigarros por dia. No dia da luta antitabaco, foram feitas atividades educativas na sala de espera da unidade, e, para as crianças de uma escola de ensinos básico e fundamental, foi preparado um teatro. Nessa escola, os estudantes do Curso 1 foram dois dias acompanhados da professora e passaram em todas as salas de aula fazendo a apresentação.

Outra atividade bastante divulgada no PSF e na mídia foi a Semana Mundial do

Aleitamento Materno, de 1º a 7 de agosto de 2008. Novamente os estudantes do Curso 1, por estarem no seu período de atividades práticas, prepararam materiais educativos ilustrativos e trabalharam na sala de espera.

No Curso 1, dentro das oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho e não aproveitadas pelo mundo da escola, observei, ao analisar o programa da disciplina de Saúde Coletiva III, na unidade quatro, que trata sobre Centro de Material e Esterilização na Rede Básica de Saúde e no contexto Hospitalar. No PSF possui uma sala de lavagem e esterilização de materiais, mas essas atividades de esterilização de materiais na Rede Básica não são desenvolvidas no PSF pelos estudantes. Durante o período em que eles estão em atividades práticas nesse local, os estudantes são deslocados para o HU, a fim de desenvolverem essas atividades, contemplando assim a parte hospitalar.

No Curso 2, as oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho e o aproveitamento pelos estudantes durante o período de atividades práticas na Unidade de Saúde dão-se por meio do atendimento aos pacientes que procuram a unidade. O grupo de estudantes que desenvolve as atividades práticas na Unidade Básica de Saúde geralmente faz os atendimentos conforme agendamento dos pacientes preconizado pela Unidade Básica. Os estudantes, ao chegarem à unidade, permanecem em uma sala, e logo tomam ciência dos pacientes agendados, fazem a leitura dos prontuários, e após o paciente é atendido, geralmente em dupla. Após esse primeiro contato com o paciente, os estudantes retornam à sala em que está a professora e apresentam o motivo da busca do atendimento pelo paciente na unidade, e o caso é discutido com a professora para a conduta.

No Curso 2, durante o período em que estive em observação com esse grupo de estudantes, não presenciei nenhuma atividade extra além desses atendimentos. Não existe uma interação dos estudantes com os demais profissionais da unidade.

No Curso 3, durante a observação na Clínica Extramuros, que é mantida pela IES, há mais ou menos 24 anos na escola estadual, os estudantes chegam no local, preparam os materiais para trabalhar, e logo chamam o estudante da escola, que é retirado da sala de aula para ser atendido. As oportunidades são ofertadas pelo próprio curso, porque a Clínica só é utilizada pelos professores do Curso 3, para o segundo semestre e sétimo semestre de atividades práticas das disciplinas de Saúde Coletiva II e III. Como as oportunidades são oferecidas pelos próprios professores, não observei atividades extras desenvolvidas pelos estudantes.

Percebe-se, entretanto, que os cursos de graduação estão começando a organizar mais

as atividades práticas ou estágios na Rede de Atenção Básica, tendo em vista a integração. Uma das iniciativas conjuntas programadas entre a Secretaria Municipal da Saúde, as Instituições de Ensino Superior e as Escolas Técnicas da cidade foi o Seminário de Integração Ensino-Serviço.

Nesse seminário estão representantes da Secretaria da Saúde, das IES que possuem estágio na rede, vem representante do Ministério da Saúde falar dessa relação. Esse seminário tem o objetivo de discutir qual é o papel da rede na formação desses profissionais e qual é o papel das instituições na rede, e a partir daí lançar estratégias ou discutir como faremos essa relação, num entendimento que seja, eu não digo consenso, mas que seja mútuo, que seja recíproco, pra que a gente atenda as necessidades de ambas sem ferir nenhuma e de uma coisa viável e com qualidade (S14).

Na participação no seminário, conforme Relatório final do seminário¹⁸ (2007), que passo a descrever como ocorreu, observei que a coordenação foi feita pela SMS, com a participação das IES. Houve pouco aproveitamento pelo mundo da escola, apesar de ter sido organizado em parceria com as instituições (Relatório final do seminário, 2007).

Esse seminário teve como objetivos:

1. Compartilhar com os profissionais de diferentes profissões, sob diferentes olhares e formulações, os desafios inerentes à implementação das diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde;
2. Criar uma oportunidade para a reflexão conjunta, sobre a relação ensino/serviço na cidade, considerada eixo central para a inovação das práticas e da formação em saúde;
3. Construir um repertório mínimo compartilhado que subsidie essa relação e outros movimentos de aproximação entre os diferentes cursos e as diferentes profissões da saúde.

Além das apresentações das instituições, de como estão trabalhando, também foi desenvolvida uma atividade em grupo pelos participantes para discutirem sobre as seguintes questões: Porque as instituições de ensino precisam da Rede e qual o papel das instituições de ensino na Rede? Porque a Rede precisa das instituições de ensino e qual o papel da Rede nessa relação? Como faremos a integração do ensino/serviço de saúde na cidade?

Essas questões foram discutidas pelos participantes do seminário, os quais foram divididos em três grupos, com posterior apresentação para o grande grupo.

¹⁸ Não serão colocadas referências para garantir o anonimato da cidade da SMS

O seminário oportunizou uma troca de experiências e conhecimentos entre as Instituições de Ensino, a respeito de como desenvolvem suas atividades na Rede de Atenção Básica, da importância da inserção dos estudantes nessa realidade, de uma maior integração dos cursos com os serviços, e foi um momento de encontro com professores, coordenadores de cursos, gestores, profissionais da rede e estudantes. Ficou também estabelecido o compromisso coletivo de desenvolvimentos de processos de mudança na formação, em seus espaços de atuação no município.

Apesar de estarem reunidos nesse espaço, a participação de boa parte dos atores do quadrilátero (Formação, Atenção, Gestão) e dos professores e estudantes dos cursos em estudo foram pequenas, assim como dos profissionais da Rede de Atenção Básica.

Outra oportunidade oferecida pelo mundo do trabalho e que não foi aproveitada pelo mundo da escola, nesses semestres em que observei, foi a Pré-Conferência Local de Saúde. Essa é uma situação que oferece uma aprendizagem para o mundo da escola, porque existem muitas informações, circulações de interesses, pactuações para a saúde, presença do controle social, entre outras. Também foi apresentado o tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde, e feita uma explicação sobre o Pacto pela Saúde, por dois membros do Conselho Municipal de Saúde.

4.3.1.2 Oportunidades de aprendizagem do mundo da escola e seu aproveitamento pelo mundo do trabalho

Essa subcategoria demonstra as oportunidades oferecidas pelo mundo da escola e o aproveitamento ou não pelo mundo do trabalho. O mundo da escola é um espaço que também apresenta uma diversidade de oportunidades e uma multiplicidade de funções. É um espaço em que circulam muitas informações e onde há troca de conhecimento, por sua especificidade de instituição de produção e transmissão do saber, e também pelos vários projetos de pesquisa, extensão, eventos, seminários, semanas acadêmicas, entre outras ocasiões oferecidas pelo mundo da escola. Entretanto, nem sempre elas são aproveitadas pela maioria, muitas vezes ficam restritas aos cursos, ou em seus projetos. Um dos fatores que dificulta esse aproveitamento é a falta de comunicação intercursos e principalmente entre o mundo da escola com o mundo do trabalho.

Um espaço coletivo aos dois mundos facilitaria a circulação de informações, principalmente se esse momento fosse para um planejamento semestral contemplando as possibilidades de trocas de experiência, bem como criação de projetos que considerem o mundo da escola e mundo do trabalho.

Para que exista diversificação dos cenários na formação dos futuros profissionais de saúde, é necessário construir ativamente uma conjuntura favorável. Criar estratégias de mobilização dos docentes, dos estudantes, dos gestores e do pessoal dos serviços de saúde, para que todos se sintam co-responsáveis com o processo de formação dos futuros trabalhadores.

A seguir, passo a detalhar exemplos de algumas oportunidades oferecidas pelo mundo da escola e o aproveitamento pelo mundo do trabalho.

Tentei ver na entrevista junto ao NEPeS qual a contrapartida do mundo da escola com o mundo do trabalho e como acontecem essas relações; uma oportunidade a ser considerada diz respeito à educação permanente para os profissionais da rede.

Quando eu penso em capacitação, em educação permanente dos profissionais da rede, [...] a gente lança mão dos profissionais, das IES, para estarem articulando com os profissionais da rede. Sempre fomos atendidos (S14).

Ainda na entrevista, percebo que é um caminho a ser construído e que não existem acordos determinados entre esses mundos. Além da já citada acima, poderiam ser negociadas outras trocas entre esses mundos.

É uma questão que a gente está trabalhando em cima. As instituições consideram a contrapartida a assistência, e a Secretaria não tem esse entendimento, que não é a assistência, e sim a formação. Uma formação contextualizada do aluno, porque esse aluno que está se formando hoje, ele pode ser o funcionário da secretaria amanhã. Então, não é assistência, não é porque temos aluno nos serviços de saúde que dispensamos nossos funcionários. O nosso entendimento é a co-responsabilização desses profissionais e das instituições, que é o comprometimento com a comunidade e com o serviço público de saúde, é isso que buscamos (S14).

No Curso 1, durante o período de observação, estavam organizando um evento para os profissionais da área. Para a organização desse evento promovido pela IES em conjunto com o Hospital Universitário, foram discutidos os temas, os palestrantes, o local, as comissões e suas respectivas responsabilidades. Foi um espaço coletivo de troca de idéias, acordos e desacordos, momentos de encontros e desencontros, que teve um saldo positivo. Entretanto,

observei a ausência de representante do mundo do trabalho (SMS) na comissão organizadora, pois esse seria um momento propício de co-gestão em que poderia haver uma maior aproximação entre esses mundos.

Nesse encontro, houve a participação de estudantes de Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, professores, técnicos administrativos do HU e pouca participação dos profissionais da SMS. Esse evento contava com uma programação interessante, enfocando palestras sobre as DCNs, a Residência Integrada em Saúde, em que as questões sobre interdisciplinaridade foram bastante focalizadas e também questionadas pelas pessoas presentes.

No Curso 2, foi programado um momento de co-gestão do mundo da escola com o mundo do trabalho, para a implantação do Internato Regional. Foi organizado um seminário com a presença do Coordenador da Comissão Executiva do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), que relatou sobre a experiência de 30 anos de como funciona a parceria entre uma IES e os Serviços de Saúde no Internato Rural. Esse encontro foi programado porque o Curso 2 está implantando sua reforma curricular e seu Internato Regional. Para esse seminário, foram convidados, pelos coordenadores, os secretários da saúde dos municípios, representantes da Coordenadoria Regional de Saúde, representantes da Secretaria Municipal de Saúde, estudantes, professores, entre outros, que se fizeram presentes na abertura.

No momento da inscrição para a entrada no evento, foi fornecida uma ficha colorida com a finalidade de identificar a formação dos grupos, que ocorreria no período da tarde.

Durante a palestra de abertura, foi resgatada a importância da academia nos serviços públicos de saúde, o compromisso da universidade com a população, o SUS como o melhor Sistema de Saúde, e que vem avançando a passos largos. Ressaltou-se, também, a importância da participação dos estudantes e professores, para que ocorram as mudanças propostas nas DCNs. O palestrante salientou a influência que os laboratórios fabricantes de medicamentos exercem sobre a saúde, e também falou sobre o uso da tecnologia dura, que em pouco tempo os equipamentos tornam-se obsoletos, e que isso não é preocupação com a saúde das pessoas, e sim com o lucro. Comentou que 80% da saúde se resolvem na Atenção Básica e que o HU já faz uma interação com a universidade, destacando que toda a aprendizagem significativa aborda essa ótica aprendendo e ensinando. Ressaltou a importância do controle social como um aspecto fundamental, principalmente no Conselho Municipal de Saúde, e que o Plano Municipal de Saúde deve ser construído dentro do Conselho Municipal de Saúde.

Finalizando, relatou a importância de formar profissionais de saúde nos serviços públicos, e que não existe um modelo pronto para que isso aconteça, ele deve ser construído. Ainda, que o processo de avaliação dos estudantes no Internato Regional deve ser feito com todos os atores envolvidos. Essa conferência de abertura trouxe um breve resumo contextualizando o SUS e a importância da formação nos serviços públicos, principalmente na Atenção Básica, contemplando as DCNs.

Na parte da tarde, foram formados três grandes grupos, para algumas informações e discussão das estratégias de implantação do Internato Regional nos municípios que abrangem a Coordenadoria Regional de Saúde da região, e como ele seria construído. Algumas definições já existiam, por exemplo, dois estudantes em cada equipe de PSF ou Unidade Básica de Saúde, sob a responsabilidade do profissional do campo; negociação com as prefeituras para subsídio de moradia, alimentação e ajuda de custo.

Uma das preocupações que percebi por parte dos estudantes foi de como seria a preceptoria, tendo em vista a distância das localidades, e porque muitas vezes a preceptoria ficava a desejar no próprio HU. Também durante a participação no grupo deu para sentir certa inquietação por parte dos estudantes comentando que seria um semestre que eles iriam desaprender e que o melhor era ficar no HU. Dois fatores destacaram-se: a percepção de que esses estudantes já fizeram sua opção pela especialidade e de que ainda percebe-se um distanciamento dos professores com a Atenção Básica.

No período da tarde, na sala em que fiz a observação, estavam reunidos os estudantes de vários semestres do Curso 2 e o docente que conduziu as discussões entre o Internato Regional e uma Secretaria de Saúde com interesse em receber estudantes em seu município.

Além das preocupações já mencionadas pelos estudantes, houve questionamento do que fariam quando houvesse discordância em relação à conduta terapêutica a ser tomada, o que foi referido por uma docente do curso dizendo que nada como um bom diálogo e discussão do caso para chegar a uma solução em comum. Muito pertinente a consideração da professora sobre a importância do diálogo.

Percebi um esforço por parte da coordenação do curso e de alguns professores para a implantação do Internato Regional, considerando este um espaço de co-gestão, contudo a participação dos professores do curso ficou a desejar.

O aproveitamento pelo mundo do trabalho, tendo em vista o seu contingente de pessoas, é pequeno nas atividades desenvolvidas pelo mundo da escola. Vários são os fatores que acabam interferindo, como: a necessidade da continuidade do atendimento prestado à

população, a dupla jornada muitas vezes exercida pelos profissionais, a disponibilidade de participação de alguns profissionais somente em um turno, a falta de um planejamento conjunto possibilitando a organização das pessoas na participação, entre outros.

Esses são espaços coletivos relevantes, pois, além da possibilidade de melhorar a organização e de novos conhecimentos, proporcionam oportunidade do contato mais próximo entre esses mundos e uma melhor efetividade nas atividades desenvolvidas.

Acredito que nesses espaços possam acontecer inícios de mobilizações que venham ao encontro desses mundos, proporcionando as mudanças necessárias para cada um, e também fortalecendo tanto os futuros trabalhadores da saúde como os trabalhadores da saúde, para que eles, juntamente com a sociedade, ajam em defesa da saúde e do SUS.

É no processo de formação que precisamos, além do conhecimento das especificidades previstas em seu currículo, proporcionar as discussões defendidas no movimento da Reforma Sanitária, que hoje está sendo contemplado no Pacto em Defesa do SUS, como base de luta pelo Direito à Saúde, assegurado no texto da Constituição Federal.

4.3.2 Preparo dos sujeitos envolvidos no mundo do trabalho e no mundo da escola

Os sujeitos¹⁹ assumem cargos, tanto no mundo do trabalho como no mundo da escola, em diversas condições. Algumas vezes esses cargos são indicações políticas, em outras, as pessoas assumem tais cargos por escolhas pessoais, estando ou não preparadas para os assumirem.

Em Instituições de Ensino Superior públicas, esses cargos são geralmente ocupados por servidores do quadro permanente, conforme regimento. Já em SMS, determinados cargos são ocupados por servidores públicos do quadro permanente ou podem ser cargo de confiança do gestor.

Os cargos de coordenadores de cursos de graduação são geralmente ocupados por docentes que fizeram concurso para a sua área de conhecimento, que depois de um determinado período acabam estando na situação de coordenadores de curso por indicação ou por eleição. Nem sempre essas pessoas têm um perfil ou estão preparadas para assumirem determinados desafios que o cargo exige.

¹⁹ Entendidos aqui como coordenadores de cursos, gestores de serviços da SMS.

Dessa forma, a falta de preparo das pessoas para assumirem determinados cargos e também a falta de uma política institucional para preparar e acompanhar as pessoas nos cargos acarretam riscos de atrasar determinados processos. No processo de implantação das DCNs, a atuação de um coordenador de curso deve perpassar pela consciência de que ao lado do projeto pedagógico de um curso é preciso contar com a ação concreta do coletivo dos seus docentes, para que o projeto se materialize e o desenvolvimento curricular aconteça.

No entanto, esse cargo exige ir além da implementação de um currículo e ações metodológicas, com uma mudança de ordem epistemológica, de visão de sociedade, de políticas de formação e políticas de atenção à saúde, enfrentamento das pressões e uma aproximação com o gestor municipal, a fim de fortalecer o processo ensino-aprendizagem. Esse não é um processo individual, mas, sobretudo, coletivo.

4.3.2.1 Educação Permanente para as Políticas de Formação e Atenção à Saúde

Essa subcategoria nos mostra que diante da complexidade das Instituições de Ensino Superior, bem como da sua dinâmica de funcionamento, há relações de poder confusas existentes nesses locais, e ainda vários interesses pessoais envolvidos, conforme a identidade profissional, em diferentes dimensões, como na pesquisa, docência, assistência e extensão. Em face dessa multiplicidade de fatores, não podemos pensar que por força da lei das DCNs e conseqüente alteração dos currículos, garanta por si só o envolvimento das pessoas e a efetivação de mudanças.

Para a construção de processos de mudanças, é extremamente importante contar com a participação de todos os envolvidos. Não é possível mudar a formação sem refletir sobre como os professores exercitam e pensam suas práticas. Também é necessário criar estratégias para sensibilizar, mobilizar e possibilitar que essas pessoas reflitam a respeito do seu fazer, mobilizando-as para a construção e re-construção no seu processo de formação dos futuros profissionais de saúde.

Sendo assim, é extremamente importante a Educação Permanente desses profissionais, no que se refere ao processo de formação e à Política de Atenção Básica à Saúde.

No mundo da escola, o processo de implantação das DCNs pelos cursos deu-se de várias maneiras. O **Curso 1** primou pelo desenvolvimento de projetos coletivos envolvendo

docentes, discentes e profissionais da área da saúde, especialmente os profissionais que atuam nos locais de aulas práticas e estágios supervisionados (PPP, Curso 1).

No **Curso 2**, o Colegiado do Curso reorganizou-se, criando várias comissões de trabalho, com representantes docentes e discentes, que desenvolveram o Projeto Político Pedagógico para o Curso. Neste se contempla mudanças no papel e na função dos professores e dos alunos, nos cenários de ensino-aprendizagem, no modo de gerenciar a escola e na maneira de avaliá-la. Acreditam que a mudança ocorre com a participação de todos os envolvidos, buscando sempre o diálogo e o trabalho conjunto para que a construção e implementação desse novo currículo sejam realmente coletivas (PPP, curso 2).

No **Curso 3**, a Comissão de Reforma Curricular e do Projeto Político Pedagógico concentrou-se no levantamento e no estudo dos diferentes documentos legais que embasam as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso. Foram feitas atividades com os professores, alunos, funcionários e egressos do curso. A comissão buscou centralizar as discussões e proposições no objetivo maior das DCNs, que é o de formar um profissional com enfoque na saúde coletiva, de acordo com as transformações que vêm sofrendo a sociedade e particularmente o mercado de trabalho (PPP, curso 3). O que levou a comissão a centralizar as discussões em formar um profissional com enfoque na saúde coletiva e não no perfil descrito nas DCNs, que é formação generalista?

Percebe-se que na estrutura dos PPPs a construção foi um processo coletivo, envolvendo corpo docente e discente e em algumas situações com a participação dos profissionais do mundo do trabalho. Os cursos contemplam a importância da Educação Permanente para o corpo docente e técnicos administrativos. Nas entrevistas com os coordenadores dos três cursos, há clareza quanto à sua necessidade, o que contrasta com a sua não-efetivação, conforme pode ser evidenciado nos achados nos documentos e nas entrevistas:

Observando o PPP do Curso 1, está descrito que:

Para que este projeto se efetive, o Curso 1 compromete-se com a Educação Permanente dos docentes, proporcionando atualização, qualificação e espaços de troca/intercâmbio, objetivando integrar, inclusive, alunos da graduação/pós-graduação, complementando assim, a formação do aluno, também como investigador.

Na entrevista com coordenador do Curso 1, ele refere que:

Existiu uma comissão, desde que foi implantado o PPP, uma comissão de implantação, mas essa foi extinta. Nós fizemos uma nova comissão esse ano,

para avaliar e acompanhar [...] a aplicação do currículo. Fizemos algumas reuniões e ainda não aplicamos o questionário, até para ver como é que os docentes estavam vendo o Projeto Político Pedagógico. Distribuímos o PPP, e agora existem esses seminários. Ano passado aconteceu um, este ano ainda não aconteceu, em função da mudança de coordenador. [...] Como isso não avançou, nós pegamos um questionário e estamos adaptando para aplicar. Se não no final do ano, início do ano que vem. Para fazer e ter assim um diagnóstico, como é que está o PPP hoje, os discentes e os docentes avaliam. [...] Então esse é o objetivo. E com os professores, assim foi distribuído. [...] Mas uma educação permanente mais freqüente, falando das diretrizes, só no seminário (S11).

No PPP do Curso 2, está descrito:

Criação do Núcleo de Educação em Saúde, com o objetivo de capacitação e qualificação docente, devendo acompanhar todo o processo de implantação do novo currículo.

Na entrevista com o coordenador do Curso 2, ele relata que:

Não tem uma educação permanente sistemática. Tem assim, um estímulo muito forte para irem aos congressos, de educação específica da área e também outros congressos mais gerais da profissão e todos os anos vão professores. Mas uma educação permanente por semestre conforme avançava o novo currículo, isso a gente não conseguiu. [...] Isso não. Eles não vêm. É difícil. É difícil. Tem que lembrar que nós vivemos num universo de especialistas. E eles têm muita dificuldade de sair da especialidade. Então na realidade a gente vai falando, falando, falando. Pretendemos criar o Núcleo de Educação em Saúde (S12).

Quanto ao preparo e opinião dos professores para atuarem na Rede de Atenção Básica.

Não, os professores não estão preparados ainda. [...] São muito poucos dentro de todo universo que existe de professores. Na realidade os alunos vão aprender fazendo lá e a gente vai aprender com eles, porque a gente ainda não está preparado para preparar eles. Até porque a gente não tem nem um professor com formação em Saúde da Família, que eles estão indo. E do Sistema Único de Saúde, todo mundo foi formado antes. Os locais que os estudantes estão está bom. [...] Dos lugares que fui visitar, a gente está até bem integrado. Bem, se ajudando uns aos outros. Alguns professores acham que os alunos vão desaprender. [...] Se eles em dois meses, três meses, quatro meses, vão desaprender, então a gente ensinou muito mal, porque em tantos semestres de curso, em quatro desaprenderem, então nós ensinamos mal. [...] A clínica, que seria o nosso forte, principalmente na parte da tarde, que é interno, nós tivemos que colocar dez professores. Cada quinze dias vai um. Porque daí 'eu não vou se o outro não vai'. Então vamos todos [...] Não é o melhor, porque daí não tem muito compromisso, é uma coisa desconectada (S12).

No PPP do Curso 3, está descrito:

Viabilizar a implementação do Projeto Político Pedagógico do Curso [...]da IES pressupõe a necessidade de algumas mudanças estruturais, quer seja na área de recursos humanos, quer seja na estrutura física disponível. [...]Considerando a necessidade de viabilizar adequadamente implementação do Projeto Político Pedagógico, destaca-se a urgência na discussão de três questões importantes ligadas diretamente ao Curso e aos Departamentos: estrutura administrativa; distribuição de vagas de pessoal docente e técnico-administrativo; política de qualificação do pessoal docente e técnico-administrativo.

O coordenador do Curso 3 refere:

Não temos um programa de Educação Permanente. Isso aí acho que é uma falha. Até foi interessante essa pergunta. Quem implantou esse currículo novo também não se preocupou em fazer isso. E a gente está até sentindo assim que o corpo docente está bem contra isso, porque ninguém quer sair da sua especialidade, na verdade. Como eu já estou estudando e me inteirando do currículo novo, eu sei que todos os professores têm que estar envolvidos nesse novo sistema para que isso aqui funcione. Só que existe uma resistência muito grande por parte dos professores em relação a isso. Um professor, por exemplo, que dá aula de [...], ele não quer supervisionar um estágio. Eles acham que isso daí tem que ser tudo com professores da [...] (referindo-se a disciplinas de saúde coletiva). E não é bem assim, todo mundo tem que estar engajado com a mesma idéia. Mas é uma coisa que a gente vai ter que pensar (S13).

Analisando os PPPs e as entrevistas dos coordenadores dos cursos, percebo que existe a preocupação em desenvolver processos de Educação Permanente, mas não foi possível implementar.

Outro fator que tentei ver com os coordenadores foi como estava o preparo e a opinião dos professores para atuarem na Rede de Atenção Básica. Um deles assim se pronunciou:

É uma das coisas mais complicadas que a gente enfrenta aqui no curso, dos professores irem para o ensino na rede básica (S13).

No PPP do Curso 3, já havia uma preocupação com a disciplina de Saúde Coletiva, conforme segue:

Especificamente em saúde coletiva, indica-se a necessidade de uma política de qualificação específica, já que a falta de docentes com qualificação dificultará as atividades de ensino, pesquisa e extensão destas disciplinas e poderá comprometer parte da implementação do Projeto Político Pedagógico aqui apresentado.

Olhando o que é exposto nos PPPs dos Cursos 1 e 2, observei que existiu uma preocupação em qualificar o pessoal para a implementação das DCNs. O Curso 3 não trata explicitamente de Educação Permanente dos professores em seu PPP, mas existe uma preocupação de uma política de qualificação especificamente para a saúde coletiva.

Percebe-se que mesmo com previsão para que aconteça a Educação Permanente nos cursos, não foi possível colocar em prática esse propósito e construir a efetiva participação.

No mundo do trabalho, ao examinar o Plano Municipal de Saúde, verifica-se que a SMS estabelece parceria com três IES, uma pública e duas privadas, para a realização de estágios curriculares. O Plano se refere ao esforço que vem sendo feito para a articulação entre as IES e a Rede Municipal, bem como a sua participação ativa na implementação da Política de Educação Permanente para o SUS (SMS, 2005²⁰).

Na entrevista com a responsável pelo NEPeS, investiguei a existência de algum programa de educação permanente e se é possível a participação do mundo da escola. Encontrei que

quando entrei no serviço, foi pedido pela gestão que nós tivéssemos um programa de educação permanente anual pra todos os funcionários da secretaria. Como é que eu vou criar um programa se eu não sei o que precisam. Fiz um projeto em que tem um instrumento de pesquisa, com um levantamento de interesses, necessidades e potencialidades em educação permanente. Peguei uma amostra de profissionais de todas as categorias. Dessa amostra, eu pretendo retirar o que é necessidade de educação permanente, daí criar o programa (S14).

A coordenadora refere que após a análise desse material será implementado um programa de educação permanente, com o início previsto para março do próximo ano. A proposta é de um programa anual de capacitação para todo o quadro funcional da SMS.

Durante o período que estive fazendo as observações nos cenários de práticas, percebi que existem algumas capacitações promovidas pelos próprios serviços. Essas capacitações são iniciativas do próprio serviço, sem a participação do NEPeS.

Nem tudo que é feito na rede passa por mim, existem capacitações que são iniciativas da ponta, eu sei que ocorreram (S14).

Quanto à participação do mundo da escola no Programa de Educação Permanente:

Com certeza, a gente tem o entendimento de que o estudante e o professor, (...) crescem no conhecimento do profissional da rede. Então, é uma troca,

²⁰ Não serão colocadas referências para garantir o anonimato da cidade da SMS.

recíproca, é dialógica (S14).

Tanto o mundo da escola como o mundo do trabalho conhecem a importância da Educação Permanente para difundir capacidade pedagógica entre os professores, gestores, trabalhadores da saúde e estudantes. Tal conhecimento é constatado nos documentos, diante da previsão para a implementação do PPP e também se observa nas falas dos entrevistados. Porém, apesar de ser vista como uma estratégia importante, a Educação Permanente não é ainda uma política institucional²¹ e nem contempla o proposto na Portaria nº 1996.

4.3.2.2 Compreensão de trabalho em equipe – campo e núcleo dos saberes

Nas DCNs, para os três cursos, são descritas competências específicas que tratam do trabalho multiprofissional: na Enfermagem, fala-se sobre a importância de integrar às ações de enfermagem as ações multiprofissionais; na Medicina, refere-se em atuar em equipe multiprofissional; e na Odontologia, menciona-se trabalhar em equipe interdisciplinar e atuar como agente de promoção da saúde.

Por acreditar na possibilidade de co-gestão por meio da construção de projetos, optei por descrever os projetos de pesquisa e extensão nessa categoria, e não na de ‘oportunidades de aprendizagem do mundo da escola e seu aproveitamento pelo mundo do trabalho’.

Durante o período de observação, tive a oportunidade de acompanhar a apresentação de dois projetos pelo Curso 1. O primeiro foi apresentado pelas professoras para ser desenvolvido, no PSF, com a proposta de fazer um diagnóstico da Saúde da Comunidade, visando o planejamento da saúde para essa população. Esse projeto, fato que foi enfatizado por sua coordenadora, só seria feito na unidade se a equipe achasse interessante e se houvesse um retorno social. O objetivo do projeto era de fazer um diagnóstico da saúde da comunidade. Os dados seriam coletados na base de dados do SIAB, na internet, onde obteriam informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia, saneamento, situação de saúde, produção e

²¹ Política institucional: compreendida como sendo uma política institucionalizada por parte dos dirigentes, orientados por projetos planejados coletivamente, exercendo, assim, uma educação continuada que visa preparar o homem para a vida profissional e pessoal, ou seja, para o mundo do trabalho e não para o que impõe o mercado de trabalho. A referida política deve preocupar-se com o crescimento, a transformação coletiva, na qual o trabalhador seja fator diferencial. (SCHMIDT, 2002).

composição das equipes de saúde, além disso realizariam entrevistas com informantes-chave e observação.

Nesse serviço, as atualizações no SIAB são feitas pela equipe do PSF. Com a realização do projeto, seriam oferecidas duas bolsistas para a atualização dos dados. Durante a apresentação do projeto, uma profissional da saúde enfocou a importância do preenchimento correto para facilitar a alimentação do sistema.

Esse projeto, poderia envolver os estudantes dos Cursos 1 e 2, que desenvolvem suas atividades no local, juntamente com a equipe que ali trabalha. Também considero que poderia ser uma das atividades desenvolvidas pelos estudantes do Curso 2, do primeiro semestre, que acompanham os ACS, pois passariam a conhecer esses dados, bem como as famílias que visitam, além de conhecer o sistema.

No mundo da escola, os projetos apresentados pelo Curso 1 constituem-se em uma proposta interessante para ser desenvolvida intercursos no Centro de Ciências da Saúde. Percebo um avanço do mundo da escola, quando se preocupa em saber se existe o interesse no desenvolvimento do projeto no local. Mas, se o projeto fosse construído juntamente com a equipe e com os cursos que desenvolvem as atividades nesse local, haveria um exercício efetivo de prática interdisciplinar. O desenvolvimento e os resultados desse projeto facilitariam o planejamento das ações para os cursos que desenvolvem suas atividades nesse serviço.

O segundo projeto apresentado pelo Curso 1 foi o de visitas domiciliares para o atendimento de pacientes (acamados) com dificuldade de se deslocarem até o PSF. Esse projeto foi ao encontro das necessidades da unidade, segundo depoimento dos profissionais do serviço, que dispunha, inclusive, de carro para deslocamento das pessoas envolvidas.

Conforme o que observei dos projetos, eles poderiam ter sido construídos intercursos. Com certeza precisaria de um diálogo entre os cursos, constituindo um momento de co-gestão. Penso nessa possibilidade porque como havia estudantes do primeiro semestre do Curso 2 acompanhando as ACS, eles poderiam participar desses projetos. Esse poderia ser um momento de começar a exercer o trabalho em equipe e de ter um maior entendimento sobre campo, como sendo a saúde e núcleo, como sendo as especificidades de cada profissão.

Ainda sobre o trabalho em equipe, durante as observações, um estudante do Curso 1 referiu:

Comenta-se muito em sala de aula o trabalho em equipe e na prática isso não acontece (EC1).

Apesar de existir no mundo do trabalho espaços coletivos intequipes, ainda é pouco explorada a relação entre campo e núcleo dos saberes, o que seria um fator importante para as mudanças na saúde, e quem sabe quanto mais debatido os núcleos de cada profissão, mais liberdade e autonomia os profissionais iriam ter para o desenvolvimento do trabalho no campo da saúde.

Um exemplo são as reuniões intequipes do PSF, organizadas pela SMS, que acontecem uma vez no mês no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST), com a participação de todas as equipes de PSF, juntamente com os ACS. Essas reuniões são momentos de informações e também de trocas de experiências. Constituem um espaço coletivo importante do mundo do trabalho sem a participação do mundo da escola. Percebi como outra oportunidade de articulação entre esses dois mundos.

Além dessas reuniões intequipes, existem as reuniões entre os profissionais por área. Considero as reuniões por profissões, um momento importante que acontece nas categorias profissionais para a discussão de suas especificidades. A proposta das reuniões intequipes é um espaço coletivo de co-gestão importante para as trocas de experiências positivas e também para compartilhar problemas que as equipes apresentam de uma forma mais geral, proporcionando uma maior discussão de como cada equipe está lidando com determinada situação e, na medida do possível, tomar condutas semelhantes dentro de cada ocorrência.

Vale ressaltar que na maioria das equipes de saúde família tem estudantes da área da saúde da IES da região Sul, que favoreceria a presença dos professores e estudantes nesses encontros. Esse seria um espaço coletivo de muitas trocas e aprendizagens, se houvesse a participação dos estudantes dos cursos e dos professores.

4.3.3 Compromisso da formação profissional com as DCNS: novas práticas, velhas práticas

Durante a coleta dos dados, fui analisando os PPPs dos cursos, o planejamento das atividades práticas desenvolvidas em cada curso, e também conversando com os estudantes sobre seu processo de formação, na tentativa de observar o que havia mudado na dinâmica das atividades desenvolvidas em cada curso, diante da implantação do novo currículo.

Nos PPPs dos cursos estudados, o perfil é de um profissional com formação

generalista, humanista, crítica e reflexiva, que possa atuar em todos os níveis de atenção à saúde, conforme o descrito nas DCNs. Nos Cursos 1 e 2, o perfil descrito em seus PPPs é igual ao das DCNs. No Curso 3, a redação não contém o descrito nas DCNs, pois não menciona a formação generalista, crítica e reflexiva e não apresenta a compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. No corpo do PPP do Curso 3, na parte Legislação, que regula o Currículo do Curso, consta na íntegra a Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.

Sabe-se que o PPP é a organização do trabalho pedagógico, ele deve ser construído coletivamente e ser vivenciado por todos os envolvidos, principalmente para a sua implementação.

Importante salientar que o PPP, além de cumprir as determinações legais, mostra a direção que deve ser tomada pelos cursos para o seu desenvolvimento. Ele deve estar articulado com os interesses reais e coletivos da população e também tem compromisso com a formação de um cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo.

A organização do trabalho pedagógico das Instituições de Ensino Superior deve orientar-se conforme o preconizado nas DCNs e a organização da sociedade. O PPP deve ser um componente de permanente reflexão e discussão entre os envolvidos na comunidade acadêmica das IES.

Durante a observação nos três cursos, percebi que existem vários espaços de ensino-aprendizagem que proporcionam ao estudante o desenvolvimento das competências e habilidade gerais e específicas descritas nas DCNs, para se chegar ao perfil desejável.

A diversificação dos cenários de práticas no decorrer dos semestres é comum no Curso 1. O Curso 2, com a implantação das DCNs, começou a diversificar seus cenários de práticas. O que apresenta maior fragilidade quanto à diversificação dos cenários de práticas na Atenção Básica é o Curso 3.

Conforme as observações nos cenários de práticas, passo a relatar como é a dinâmica das atividades práticas na Atenção Básica, nos três cursos, nos semestres observados.

Atividades práticas no Curso 1

Durante o período de observação no Curso 1, identifiquei que os estudantes chegam ao PSF e é feita uma escala pela professora, nas várias atividades que os estudantes desenvolvem, sempre sob a sua supervisão (verificação de sinais vitais, acompanhamento às

consultas médicas e de enfermagem, recepção dos pacientes, entre outras).

Percebo que nesse curso é feita uma diversidade de atividades nesse cenário de prática, que em muito vem a contribuir para o desenvolvimento das atividades cotidianas do serviço. Existe um princípio de ação para o desenvolvimento da Clínica Ampliada, que é um estudo clínico em grupo de um paciente escolhido juntamente com o serviço, com visitas domiciliares procurando um maior vínculo a fim de conhecer a dinâmica familiar e prestar assistência necessária. Essa ação faz parte do processo de avaliação final da disciplina.

É relevante o desenvolvimento dessas atividades nesse cenário de prática, porque mesmo sem passar nas disciplinas específicas, como materno-infantil, entre outras, o estudante já consegue visualizar aqui muito do que irá aprender no decorrer do curso, o que considero importante para o processo ensino-aprendizagem.

Existe a avaliação dos estudantes por meio de anotações que são feitas pela professora em um caderno, ao qual o estudante tem acesso para leitura. Também existem algumas reuniões nos finais de turnos das atividades práticas com os estudantes. Não presenciei durante esse semestre avaliações periódicas de apreciação para o avanço de habilidades e competências. Durante todo o período, as atividades cotidianas da unidade eram mantidas pelos estudantes.

Apesar dos estudantes estarem no terceiro semestre, tentei ver se eles achavam que o curso estava preparando para o mercado de trabalho, e qual era o mercado de trabalho que eles estavam considerando.

Uma estudante mencionou:

[...] O curso deixa um pouco a desejar na teoria. Mas o curso mostra as oportunidades de trabalho. Ele prepara para o mercado de trabalho, tanto para atuar na área hospitalar como na saúde coletiva. Mas a gente aprende muito quando está na prática com os profissionais (EC1).

Outra estudante falou:

Quando eu via o programa da disciplina, tinha uma expectativa que nem sempre era correspondida no decorrer das aulas. Comenta-se muito em sala de aula o trabalho em equipe e na prática isso não acontece. Considero que o maior mercado é a busca por concurso público e também dar aula nas Instituições de Ensino Superior. O curso oferece oportunidades para a área hospitalar e saúde coletiva (EC1).

A outra estudante comentou:

O curso prepara para ser generalista, mas o estudante tem que correr atrás, precisa fazer estágios extracurriculares. A maior aprendizagem é com o profissional do campo (EC1).

Em conversa, ainda com esses estudantes do Curso 1, eles referiram que estão ainda nos semestres iniciais do curso, mas que

a teoria está muito longe da prática, a realidade é bem diferente, e que se aprende muito com os profissionais dos cenários de práticas (EC1).

Apesar dos estudantes realizarem diversas ações nos cenários de práticas, as atividades se repetiam dia após dia, permanecendo uma práxis repetitiva reiterativa. (VÀZQUEZ, 1977). Então questiono: Como fica a formação crítica reflexiva e criativa?

Atividades práticas no Curso 2

Conforme combinado com a coordenadora da UBS e a docente que acompanha esse grupo de estudantes do quinto semestre, é agendado no máximo seis pacientes para atendimento por manhã. Geralmente o atendimento acontece em dupla. Os estudantes iniciam as atividades fazendo a leitura do prontuário do paciente, por ordem de agendamento, e vão para a consulta. Após o atendimento, os estudantes retornam a sala e repassam o caso à professora. Esta questiona os estudantes sobre quais as condutas que devem ser tomadas, por exemplo, se há necessidade de solicitação de exames. O caso já fica registrado, assinado e carimbado pela professora. Depois, os estudantes retornam ao atendimento. Se permanecer alguma dúvida quanto à conduta a ser adotada, a professora acompanha os estudantes na consulta. Durante todo o período de observação, eram essas as atividades desenvolvidas, não havia um relacionamento com os demais profissionais do mundo do trabalho. Permanece a lógica do atendimento nos consultórios, com discussão da conduta pelo docente, para as devidas providências. Também são realizados seminários em sala de aula, que fazem parte do processo avaliativo.

Conversando com os estudantes do quinto semestre do Curso 2, questionei se eles achavam que o curso prepara para o mercado de trabalho. Um estudante referiu:

[...] é o que mais prepara para o mercado de trabalho na área da saúde, porque temos que fazer a prova para residência e a gente tem que saber de tudo um pouco. [...] se a gente tem que trabalhar em PSF ou UBS quando assumimos, a gente vai se adaptando ali mesmo (EC2).

Outra estudante referiu que

[...] é muito mais fácil atender em PSF e em UBS logo que sai da universidade, porque sai preparado para ser generalista. Pior é depois de fazer uma especialidade ir atender em PSF, porque aí a gente já esqueceu muitas coisas (EC2).

Outra estudante diz:

Não vou fazer um curso para trabalhar em UBS, esses profissionais são mal vistos pelos colegas especialistas. Já tenho claro o que quero para minha vida. Ainda bem que surgiu um livro baseado em evidências, para carregar embaixo do braço, se fosse para uma UBS (EC2).

Outro comentário que surgiu por parte da maioria do grupo é que

[...] geralmente quem não passa na residência é o que assume um PSF ou Unidade de Saúde (EC2).

Uma estudante relatou que

[...] até existe proposta do curso em formar generalistas, mas o estudante desse curso quando entra já pensa em que especialidade quer desenvolver (EC2).

Mesmo com uma tentativa de mudança no Curso, percebo que ainda há uma forte evidência da prática nas especialidades. Considero as falas desses estudantes condizentes com a realidade que vivenciam e aprendem. Questiono-me: Será que eles conhecem o que se quer em termos de atendimento na UBS ou PSF?

Foi possível também acompanhar os estudantes do primeiro e do segundo semestres do Curso 2, na Unidade de PSF. Os estudantes do primeiro semestre destinados a essa unidade chegam todos e são recebidos pela coordenadora do PSF, que direciona os estudantes aos ACS que iram acompanhar, mediante a escala feita pelo professor da disciplina. No primeiro semestre, os estudantes, geralmente em grupo de três, sem a presença do docente, acompanham os Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares e fazem anotações de tudo que observam, para no momento tutorial conversarem com o professor.

No segundo semestre, também em grupos de dois ou três, sem a presença do docente, eles acompanham o médico do PSF, que possui uma escala dos estudantes e o período que irão permanecer com ele. No final do semestre, é feito um encontro em sala de aula, com

todos os estudantes, como parte do processo avaliativo, em que é entregue um relatório das atividades desenvolvidas, bem como a apresentação das atividades para os demais.

Atividades práticas no Curso 3

Os estudantes do segundo semestre chegam à Clínica Extramuros e preparam os equipamentos de trabalho para iniciar os atendimentos, trabalhando sempre em duplas. Logo, chamam o estudante da escola para ser atendido, que é bem acolhido. Conversam com ele, explicam sobre a higiene bucal e como deve ser a escovação, e começam o atendimento, sempre com a supervisão dos docentes.

Durante o período de observação, houve a campanha antitabaco. Questionei se eles haviam trabalhado alguma atividade sobre promoção da saúde, no dia de luta antitabaco. Os estudantes relataram não estar sabendo. Penso que essa oportunidade deixou de ser aproveitada para uma ação de promoção à saúde. Perguntando sobre o que consideravam de promoção à saúde, responderam unanimemente que era a fluoretação da água.

Durante os dias de observação no segundo semestre, um dos professores sugeriu que deveria observar as atividades do sétimo semestre. Tentei explicar que não havia interesse, por esse semestre não estar ainda no novo currículo. Mas fui informada que, mesmo não estando no novo currículo, já estavam com a disciplina organizada conforme o novo currículo. Diante dos fatos, fiz quatro tardes de observação com os estudantes do sétimo semestre, porém não presenciei atividades diferenciadas das anteriores. O que se modifica é o grau de complexidade técnica e responsabilidade desenvolvida pelo estudante do Curso 3, e talvez o estudante da escola a ser atendido. Os estudantes do Curso 3 permanecem nas atividades práticas, sempre com supervisão direta dos professores. Desenvolvem um estudo clínico que é apresentado em sala de aula, como parte da avaliação.

Conversei com os estudantes do segundo semestre indagando se eles se achavam preparados para o mercado de trabalho. Dos 15 estudantes que estavam na sala, a maioria respondeu:

Sim, o curso prepara para o serviço público e o Programa de Saúde da Família (EC3).

Outros cinco estudantes responderam:

[...] prepara para o consultório particular e constituição de clínicas com convênios (EC3).

Quando questionados se acham que o curso prepara para trabalhar nesses locais, falaram:

Sim, no primeiro semestre nós aprendemos tudo sobre SUS, visitamos vários serviços de saúde (EC3).

Um estudante ainda referiu:

Até agora, a principal formação é para o atendimento público (EC3).

Essas respostas me chamaram a atenção, pelo fato do Curso 3 não desenvolver atividades nos Serviços de Atenção Básica.

Mas, foi possível durante o período de observação, com o convite da professora da disciplina, acompanhar alguns seminários no primeiro semestre da disciplina de Saúde Coletiva I, em que o estudante tem o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e da Política de Saúde Bucal, e sua inserção no SUS.

A disciplina é oferecida com aulas expositivas, e posteriormente os estudantes são divididos em grupo e fazem um trabalho conhecendo os diferentes atendimentos e os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) do SUS na nossa cidade. Visitam um PSF, o Hospital Universitário, a Coordenadoria Regional de Saúde, o Pronto Atendimento Municipal, entre outros locais. Após, esse trabalho é apresentado pelos estudantes aos colegas, em forma de seminário.

A seguir, relato alguns momentos da apresentação dos seminários.

Em relação à visita ao Pronto Atendimento Municipal, a apresentação foi em Data-show, com fotos da parte interna e externa do local. Uma estudante relatou o que observou e perguntou durante a visita:

[...] Havia um consultório odontológico, mas como não foi contratado nenhum cirurgião dentista, os equipamentos foram devolvidos para a prefeitura e a sala foi utilizada para outros fins (EC3).

Outro estudante comentou que:

[...] Não tinha idéia que era assim o atendimento pelo SUS, no Pronto Atendimento, conversei com alguns pacientes que estavam na sala de espera e as pessoas não se queixaram (EC3).

A visita ao Hospital Universitário foi também apresentada em Data-show, e em seguida surgiram vários comentários. Um estudante comentou que:

[...] É uma pena não ter nada do Curso 3 dentro do HU. [...] Parece que nós não somos da área da saúde.

Foi justificado pela pessoa que os acompanhava que não havia nada porque o Curso estava todo instalado no centro da cidade e o HU é no *Campus*. Comentaram que o Curso 3 só utiliza o HU quando existe necessidade de algum procedimento cirúrgico. Outro destaque trazido por esse grupo, quando se fala em SUS, diz respeito à visão que se tem de que ‘tudo é caído e ruim, mas no HU é bem ao contrário’.

Após assistir esses seminários, entendi porque os estudantes responderam que o curso prepara para os serviços públicos e para o PSF. Nos relatos apresentados nesse semestre, são oferecidas uma noção do SUS e a possibilidade da turma conhecer os diferentes níveis de atenção e o que existe na cidade. Esses aspectos não são aprofundados pelo curso na disciplina de Saúde Coletiva II, uma vez que as atividades são desenvolvidas em uma Clínica Extramuros, em uma escola estadual.

Sei que não é o segundo semestre o mais apropriado para questionar sobre o mercado de trabalho, deveria ser uma pergunta mais para os estudantes no final da graduação, mas mesmo assim queria saber a opinião deles. Fiquei surpresa com as respostas encontradas, nas quais a maioria dos estudantes respondeu que o curso prepara para os serviços públicos e PSF. Isso contrasta com as constatações de que o curso não desenvolve as atividades práticas nos cenários da Atenção Básica, não tem experiência com o trabalho em equipe, entre outras vivências que esse cenário oferece.

Concluo que na disciplina Saúde Coletiva I é dada ênfase ao que refere as DCNs em seu parágrafo único, que a formação deve contemplar o sistema de saúde vigente no País, bem como a inserção precoce nos cenários de práticas. Ficam alguns questionamentos:

Por que no conteúdo proposto na disciplina Saúde Coletiva II é dado um enfoque ao conhecimento da cárie e aos múltiplos fatores determinantes, mais no âmbito individual? Quando é preconizado o âmbito coletivo nos diversos níveis de atenção, conforme o objetivo da disciplina? Por que os estudantes não desenvolvem atividades práticas nas UBS e nos PSF da cidade? O que leva os estudantes a acreditarem que estão sendo preparados para o mercado de trabalho, sem vivenciar o contexto dessas práticas?

Outro fato que foi possível conhecer e participar no Curso 3 foi uma oficina para

estudantes e professores sobre as DCNs, que foi promovida pelo grupo que participa do Programa de Educação Tutorial (PET – Odontologia), que tem como objetivo ampliar a formação dos estudantes. Essa oficina ocorreu no dia 29 de junho de 2007, nas dependências do Curso 3, e foi organizada pelo Grupo de trabalho (GT) dos estudantes que fazem parte do projeto PET. O objetivo geral era promover a discussão sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia da IES da região Sul, para que a comunidade acadêmica possa contribuir na consolidação da formação de um profissional de saúde bucal adequado às necessidades da população; e os objetivos específicos eram identificar as competências e habilidades requeridas para a formação do profissional de saúde bucal, na estrutura curricular e nas atividades cotidianas das disciplinas, e propor medidas de adequação das atividades curriculares, conforme as necessidades detectadas pelos participantes.

Quando cheguei, havia vários cartazes divulgando a oficina nas dependências do Curso e também no elevador. Participaram da oficina: dois professores do curso, que coordenam o PET, dois estudantes do segundo semestre, um estudante do terceiro semestre, cinco estudantes do quarto semestre, 10 estudantes do quinto semestre, quatro estudantes do sexto semestre e um estudante do oitavo semestre; totalizando 25 pessoas, e eu, como observadora. Não houve participação dos estudantes do primeiro semestre e nem do sétimo semestre (o que tem a disciplina de Saúde Coletiva III, ainda sendo realizada na Clínica Extramuros), e dos participantes, somente sete não estavam envolvidos com o PET. Também não houve a participação do coordenador do Curso.

A oficina iniciou com uma apresentação prévia dos participantes, em que foi possível esclarecer a minha participação e explicar um pouco do meu estudo.

Um estudante do diretório acadêmico introduziu o tema das DCNs e a ótica do mercado de trabalho. Falou sobre o trabalho autônomo na profissão e que atualmente estão surgindo contratos nas prefeituras e na Atenção Básica de Saúde. Enfocou também a cobrança da sociedade diante dos recursos humanos que estão trabalhando, que devem ser formados para a realidade do mercado de trabalho. Solicitou para observarem se o Curso 3 está implementando o que está nas DCNs.

Após, uma estudante do grupo dividiu os participantes, pela lista de presença, em pequenos grupos e já determinou quem iria apresentar no grande grupo. Também dividiu o que seria estudado em cada grupo sobre as DCNs. Foi estipulado um tempo para as discussões no pequeno grupo e em seguida foi feito um círculo para uma discussão coletiva dos itens

estudados. Como a discussão foi muito interessante, foi possível só um grupo apresentar. Na apresentação desse grupo, pôde-se identificar que muitas das perguntas feitas pelos estudantes foram por eles não conhecerem outros cenários de práticas, a não ser o oferecido pela IES.

Outro fato que me chamou a atenção na apresentação do primeiro grupo foi a possibilidade de criar uma Disciplina Complementar de Graduação (DCG) que contemplasse atividades de Saúde Coletiva. Achei essa situação estranha porque no currículo aparecem três disciplinas de saúde coletiva, e nas ementas existe a palavra *coletivo*, portanto me parece que o conteúdo poderia ser ajustado nessas disciplinas. Após essa apresentação, ficou combinado que os grupos organizariam o que haviam feito sobre as DCNs e seria discutido pela internet com os membros da lista. Também foi marcada uma nova data para a conclusão. As discussões por *e-mail*, no grupo, não tiveram muito sucesso.

Na reunião seguinte, foi apresentada pelos estudantes a sua participação no Encontro Nacional, que aconteceu no Pará, sobre o Programa de Educação Tutorial, em que estavam presentes 34 estudantes da IES da região Sul. Também nessa reunião, ficou combinado que, após essas discussões sobre as DCNs, será elaborado um documento com sugestões a serem enviadas à coordenação do curso, ao colegiado e à comissão de implementação do novo currículo. Houve mais encontros desse grupo do PET, sobre outros assuntos. Mas quando as reuniões eram sobre DCNs, eu sempre recebia convite por *e-mail* e participava.

A última reunião que participei para discussão das DCNs ocorreu no dia 1º de agosto de 2007, com início às 17h30min e término às 21h40min. Nesse dia, só estavam na reunião os estudantes bolsistas (terceiro, quarto, quinto e sexto semestres), os professores que coordenam o grupo e também havia a participação de três estudantes do PET – Agronomia.

Foi iniciada a reunião com a coordenação de uma estudante do grupo PET, sendo lidos os artigos das DCNs, discutidos entre os presentes e feitas as sugestões com as devidas anotações para a redação do documento final.

Durante esse período de discussão, apareceu claramente a dinâmica do curso nas atividades práticas. E como nesse grupo havia estudantes de semestres mais avançados, algumas condutas que já havia observado foram reforçadas na discussão dos estudantes. Entre elas, uma situação me chamou a atenção, porque já havia me questionado durante as observações: quanto ao processo avaliativo, a preocupação dos estudantes com a nota e também pela presença constante do professor nas atividades, o que acho positivo. Entretanto, um estudante refere que:

Por mais adiantado que estivessem, sempre o professor diz o que deve ser feito na boca de cada paciente (EC3).

Em face desse relato, questionei os estudantes, pois, conforme havia observado no Curso, existia uma dificuldade de diálogo diante de situações em que eles não concordavam com os professores, e que existia uma preocupação quanto ao processo avaliativo, se isso era apenas impressão minha ou se eles sentiam isso. Os estudantes disseram que isso era real, mas referem que saem preparados tecnicamente do curso. Diante do observado, acredito que realmente saem assim, mas me pergunto sobre as demais características do perfil do egresso, referidas nas DCNs.

Ao término dessa reunião, ficou combinada a redação final do documento, com as sugestões e assinatura de todos, a ser entregue à coordenação do curso, ao colegiado e à comissão de implementação do novo currículo.

Percebi durante essas reuniões que o assunto DCNs não é uma preocupação por parte da maioria dos professores e nem dos estudantes. Esse movimento de discussão das DCNs precisa ganhar mais força e deve partir da coordenação do curso.

Analisando o processo de formação dos Cursos 1, 2 e 3, diante das DCNs e principalmente no que traz sobre as habilidades e competências gerais e específicas para os cursos, percebo ainda que continuamos com a prevalência das velhas práticas, ou seja, ‘novas roupagens em práticas velhas’.

Nas DCNs, são descritas as habilidades e competências específicas de cada curso, mas, como já mencionado no estudo, as habilidades e competências gerais são iguais nos três cursos. Mesmo entre as habilidades e competências específicas, há algumas que são comuns também aos três cursos, como: garantir a integralidade da assistência; saber trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar; desenvolver assistência individual e coletiva; atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde; a formação deve contemplar o sistema de saúde vigente, entre outras. As habilidades e competências descritas para cada curso são desenvolvidas de diferentes maneiras. Não presenciei nos cursos a avaliação por competências nos cenários de práticas. Ainda prevalece a avaliação conforme objetivos.

No Curso 1, existe uma preocupação com a assistência individual e coletiva, com enfoque na promoção, prevenção e recuperação da saúde, contemplando o sistema de saúde vigente, mas ainda o trabalho em equipe apresenta-se frágil.

No Curso 2, apesar da inserção precoce nos cenários de práticas nos serviços de Atenção Básica, ainda prevalece um enfoque na assistência individual, voltado para a prevenção e recuperação da saúde, não havendo inserção com os trabalhadores do mundo do

trabalho.

No Curso 3, o enfoque é na assistência individual, voltado para prevenção e recuperação da saúde. Não é apresentada a possibilidade do trabalho em equipe, tendo em vista o local em que desenvolvem as atividades, comprometendo a formação para o sistema de saúde vigente.

Quanto ao preparo para o mercado de trabalho, os estudantes do Curso 1 referem que se apresentam as possibilidades de um trabalho tanto para a saúde coletiva como para o hospital, mas que eles precisam buscar por si outras atividades extracurriculares. Os estudantes do Curso 2 se sentem preparados, logo que concluem o curso, para o trabalho em PSF e UBS, em que se exige um perfil generalista, alegando a prova para residência, para a qual eles precisam estudar todas as disciplinas. Mesmo diante dessa constatação, esses estudantes ainda optam mais pelas especialidades. No Curso 3, os estudantes relatam que se sentem preparados para atuarem nos serviços públicos e PSF. Fiquei surpresa pelas respostas encontradas, porque contraria o que observei, pois o Curso não desenvolve as atividades práticas nos cenários da Atenção Básica.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: COMPREENDENDO E REFLETINDO SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

DA ANÁLISE

*Eis um problema? E cada sábio nele aplica
As suas lentes abismais.
Mas quem com isso ganha é o problema, que fica
Sempre com um x a mais.
(Mario Quintana)*

Apresento neste capítulo a discussão teórica dos dados e achados transformados em categorias e subcategorias, evidenciando o diálogo com a fundamentação teórica e metodológica adotada na pesquisa. Esse foi o momento em que busquei, na reflexão do estudo, compreender a realidade encontrada e evidenciar possibilidades de superá-la. Para isso, discorro cada categoria construída no estudo.

Na categoria **Planejamento das oportunidades de aprendizagem e atividades desenvolvidas no mundo da escola e no mundo do trabalho**, observei que existem planejamentos das atividades, porém estes são feitos em cada segmento, cada um deles tendo como referência suas especificidades, regras e normativas.

Para que haja um planejamento compartilhado entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, acredito ser fundamental a mobilização das pessoas, com objetivos e responsabilidades definidas, com um caminho a ser seguido, com interação e diálogo entre as pessoas, com criação de espaços coletivos em que se possam estar avaliando e reavaliando o desenvolvimento das propostas planejadas.

Cecílio (2002) refere que existe uma série de tecnologias de planejamento estratégico, sempre na perspectiva de aumentar a capacidade de governo e governabilidade das pessoas em um determinado projeto. Concordo com esse autor no ponto do seu artigo em que ele menciona que não importa muito o tipo de planejamento que se vai usar, mas sim sua aplicação, considerando que são necessários para o sucesso de um planejamento a clareza e o rigor com que é elaborado e a capacidade da sua gestão.

É preciso ressignificar a palavra *planejamento*, entendendo sua importância e necessidade para a efetivação de uma proposta. Os autores têm perspectivas complementares quanto ao papel do planejamento para as instituições. Vasconcellos (1999) refere que o

planejamento deve deixar de ser visto como uma função burocrática, formalista e autoritária, deve ser assumida como forma de resgate do trabalho, de superação da alienação, de reapropriação da existência. Testa (1993) e Rivera (1995) mencionam que o planejamento tem um papel dialógico que contribui para a ação comunicativa nos grupos. Concluo, a partir dos autores, que o planejamento faz parte do processo de trabalho e tem potencialidade de transformar as relações humanas, quando realizado através do diálogo.

Outro aspecto importante, quando se faz um planejamento, é que as pessoas envolvidas se comprometam com o sucesso do planejado, não deixando a execução apenas sob a responsabilidade de quem propôs ou quem coordena.

A preocupação com a organização do processo de formação de recursos humanos, tanto para os trabalhadores de saúde como para os futuros trabalhadores, mantém-se na pauta das políticas governamentais há algum tempo. Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco na história das conferências de saúde no Brasil, com a participação da população nas discussões pela primeira vez, foi apontada a “inadequada formação de recursos humanos, tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social”. (BRASIL, 1986 p. 6-7 – Relatório final). Ainda em 1986, acontece a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, com o tema "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", que consolidou as análises até então realizadas sobre a temática, detalhando e propondo a agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde, com vistas à implementação do SUS. O relatório dessa Conferência passou a servir de referência para as discussões e produções técnico-científicas. (BRASIL, 1986).

As propostas dessa CNS, sobre a política de formação de recursos humanos, foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como na Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080/90, impulsionadas pelo movimento da Reforma Sanitária. A Constituição da República (BRASIL, 1988), em seu Art. 200 refere que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Também na Lei 8.080/90, em seu Art. 14, menciona que “deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”. (BRASIL, 1990). Já no seu parágrafo único propõe que:

Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Constar na Constituição da República Federativa do Brasil e na Lei Orgânica da Saúde não nos garante a concretização do escrito. Assim, na 9ª CNS, foi recomendada a realização da 2ª CNRHS, a fim de aprofundar o debate e reflexão e propor diretrizes para a Política de Recursos Humanos no Setor Saúde. Assim, em setembro de 1993, acontece a conferência com o tema “Os Desafios Éticos Frente às Necessidades de Saúde”. Nessa oportunidade, apresentaram-se como propostas: a regulamentação imediata do Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal; a necessidade de articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação, como princípio nuclear das políticas de recursos humanos para a saúde; a integração entre as instituições formadoras e as prestadoras de serviços de saúde, incluindo nesse processo os Conselhos de Saúde e de Educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação, entre outros. É reforçada a necessidade de que exista um planejamento entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, para o processo de formação no SUS, fortalecendo a sua implantação.

No mundo da escola, salvo algumas iniciativas isoladas, o processo de mudança tem como marco inicial a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, em 1996, e a elaboração das DCNs, que redirecionam a graduação em todas as profissões. (BRASIL, 1996). O planejamento pelos cursos em estudo é feito individualmente e nas suas especificidades, seguindo as normas institucionais e o cronograma das disciplinas.

Foi possível ver na análise dos PPPs que estes foram reformulados, seguindo as resoluções do Conselho Nacional de Educação e Conselho Nacional de Saúde. Os currículos nas IES devem ser respeitados, assegurando flexibilidade e qualidade no ensino oferecido, conforme as resoluções do CNE/CNS nº 3, de 07/11/2001, para a Enfermagem, CNE/CNS nº 4, de 07/11/2001, para a Medicina e CNE/CNS nº 3, de 19/02/2002, para a Odontologia. (BRASIL, 2001a, 2001b, 2002). Essas resoluções contemplam as diretrizes a serem observadas nos currículos de cada curso e descrevem as habilidades e competências gerais e específicas para estes, o que em muito se parecem, uma vez que foram elaboradas diante das necessidades do SUS.

Na Lei 8.080/90, no Artigo 27, diz que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada de forma articulada pelas diferentes esferas de governo, e os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. Os gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um dos objetivos seja a organização de um sistema de formação. O Artigo reforça que os serviços de saúde são campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-

aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS. (BRASIL, 1990).

O planejamento conjunto entre os dois mundos é necessário não apenas no nível local, mas também em nível central. Tal planejamento pode ser evidenciado na Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, em que os ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando o que consta nas leis: Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 9.394/96 – Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e Lei nº 10.861/2004 – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), consideram a necessidade de se estabelecer cooperação técnica e científica na área de recursos humanos em saúde. (BRASIL, 2005a). Isso já havia sido proposto na 9ª CNS (1993), na qual se recomenda a realização da 2ª CNRHS, para a reflexão sobre a Política de Recursos Humanos no Setor Saúde, e reforça a importância da articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação, para o fortalecimento dessa política, que foi consolidada oficialmente em 2005. Importante essa portaria, mas, como já mencionado, não nos garante a concretização da integração com os setores da Saúde e da Educação, sendo preciso um comprometimento por todos os sujeitos envolvidos no processo.

Sendo assim, um incentivo governamental após a formalização da Portaria Interministerial nº 2.118, para alavancar essa articulação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, foi a implementação por esses Ministérios (MS e MEC), através das suas Secretarias, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que visa incentivar o processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população, tendo como eixo principal a integração ensino-serviço. No mundo do trabalho, especificamente, esse programa tem como preocupação e esforço de reorganizar e incentivar a Atenção Básica, ou atenção primária em saúde, como estratégia para a substituição do modelo centrado na doença e no modelo hospitalar para a organização do cuidado em saúde. (BRASIL, 2007 p. 5).

Pensar em reorganizar a atenção primária remete-nos à 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986, na Carta de Ottawa, em que as discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, para os Cuidados Primários em Saúde. Foi também enfatizada a reorientação dos serviços de saúde, que requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. (BRASIL, 1986). Isso acarreta uma mudança de atitude entre o mundo do trabalho e o mundo da escola e um planejamento conjunto focalizando o

perfil profissional que queremos, bem como atendendo as necessidades do indivíduo, como pessoa integral.

Apesar da Constituição da República e das demais políticas governamentais para o investimento nos recursos humanos, foi necessário e importante uma maior aproximação e um maior diálogo entre MEC e MS. Essa aproximação fortalece a implementação das políticas que possuem propostas comuns para o mundo do trabalho e para o mundo da escola.

Esses mundos valem-se um do outro e são necessários. Existe uma complementação dos saberes para os dois, e essa intercomplementariedade e experiências oportunizadas podem reverter em aprendizagem no mundo da escola e no mundo do trabalho. Esse processo de aprendizagem que realimenta o mundo da escola é referido pelos futuros profissionais de saúde quando, em suas falas, dizem que aprendem com os profissionais do mundo do trabalho.

Esta imagem objetivo do planejamento conjunto ensino-serviço não é algo novo. É uma proposta que inicia nas CNSs e é contemplada no texto da própria Constituição da República. (BRASIL, 1988).

Esses fatos fortalecem a importância do planejamento conjunto entre o mundo do trabalho e mundo da escola, para a identificação das oportunidades de aprendizagens nesses mundos e seu aproveitamento por todos os sujeitos envolvidos.

Podemos pensar o planejamento entre ensino-serviço utilizando o Método Paidéia (CAMPOS, 2003b). Esse autor se refere a esse Método incorporando o conceito de Apoio Paidéia, como uma metodologia que busca reformular os mecanismos de gestão tradicionais, um modo complementar à realização de um planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de um trabalho. Esse Apoio implica saber que a gestão é produto da interação entre pessoas e que as funções de gestão se exercem entre sujeitos com distintos graus de saberes e de poder.

Considerando as características do mundo da escola e no mundo do trabalho, iremos lidar na interação com as várias pessoas das IES e da SMS (professores, coordenadores de cursos e estudantes, gestores da Secretaria Municipal da Saúde, coordenadores dos serviços de saúde e trabalhadores de saúde), com distintos graus de conhecimento e de poder. Schmidt *et al.* (2008) refere que não é tarefa fácil compreender o processo de formação dado à grande diversidade de interesses e pessoas que circulam nesses âmbitos. A escola ao querer ensinar o que é o ideal, os serviços de saúde tendo que dar resposta à procura de cuidados num contexto real e as políticas de saúde vigentes com seus decretos e pareceres formulados segundo uma

ideologia social e política constituem um triângulo complexo, de convergências difíceis. Portanto, o planejamento e a comunicação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola devem ser construídos com muitos encontros e espaços, em que possa haver diálogo entre as pessoas de cada mundo.

Nesse sentido, o Apoio Paidéia aponta uma série de recursos para lidar com essas relações entre os sujeitos, valorizando as potencialidades dos envolvidos, o interesse de cada um e formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho, ou seja, a criação de um espaço coletivo para que aconteça a co-gestão. (CAMPOS, 2003b, 2007a). Não esquecendo que “a constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições, é produto de relações de poder, do uso de conhecimento e de modos de circulação de afetos”. (CAMPOS, 2003b. p. 90). A constituição dos sujeitos sempre vai estar permeada por essas relações, mas nos espaços coletivos e de negociações é importante que seja superado pelas pessoas que estão no momento exercendo alguma função ou sendo representadas.

Nas subcategorias **oportunidades de aprendizagens do mundo do trabalho e seu aproveitamento pelo mundo da escola e vice-versa**, apesar na descrição dos resultados estarem separadas, optei por discutir conjuntamente essas subcategorias, por ser essa a imagem objetivo a ser alcançada, pois chegará o momento em que essas oportunidades de aprendizagens serão planejadas e construídas juntas, alimentando e retroalimentando esses mundos. Também haverá espaços em que, independentemente das oportunidades oferecidas pelo mundo da escola ou pelo mundo do trabalho, sempre se farão representadas pelos dois mundos. A participação de um maior ou menor número de pessoas vai depender das condições de cada mundo.

Foi possível constatar que tanto o mundo do trabalho como o mundo da escola apresentam oportunidades de aprendizagem. Essas oportunidades são aproveitadas de diferentes maneiras por esses mundos, mas ainda são pouco exploradas diante da diversidade de oportunidades oferecidas em cada um.

Vários são os fatores que interferem nesse aproveitamento, pois cada mundo possui suas singularidades, suas dinamicidades e suas intercorrências no desenvolvimento de suas atividades. Um fator importante no aproveitamento é a vontade de que as mudanças ocorram, para que as oportunidades oferecidas sejam realmente exploradas e aproveitadas pelos dois mundos.

Campos (2006d, p. 29) questiona “como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e

coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos”. Há dificuldade de ocorrer mudanças, apesar de a história nos mostrar que mudanças existem. Concordo com esse autor, quando ele nos aponta dois elementos para que ocorram as mudanças: primeiro o desejo, a vontade de alterar o *status quo*, portanto, uma dimensão subjetiva, e segundo o domínio de certa ciência, um projeto construído conscientemente, vinculado ao exercício da razão. Projetos novos existem, como foi visto no Curso 1, mas por “projetos novos” poderíamos pensar em projetos interdisciplinares, multiprofissionais, intercursos, entre outros.

Mas, para isso, precisamos mexer simultaneamente com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas, precisamos criar movimentos, situações que beneficiem a construção de sujeitos coletivos, ainda que inacabados, e sempre na superação de seus limites e possibilidades, mas conscientes para realizar as mudanças, sustentá-las e renová-las no curso da vida.

Um dos fatores para a aprendizagem com adultos é a superação de desafios e a resolução de problemas. A construção de um novo conhecimento é feita com base no seu conhecimento e com suas experiências prévias. (FREIRE, 2000). Nesse sentido, o mundo da escola, vivenciando as oportunidades do contexto da prática, em muito contribui para a aprendizagem e preparo para superação de problemas do futuro profissionais da saúde. Tanto o mundo do trabalho como o mundo da escola são espaços de oportunidades de aprendizagem e devem proporcionar aos futuros profissionais da saúde momentos em que eles possam saber pensar com criatividade, ter capacidade de aprender a aprender e tomar decisões diante dos problemas apresentados.

Existe, ainda, um distanciamento desses mundos, no sentido de provocar mudanças entre eles. O que existe de concreto é um espaço em que o mundo da escola desenvolve suas atividades práticas e de estágios no mundo do trabalho.

Circulando entre esses mundos, não raro percebi a manifestação de descontentamento. Queixas faziam-se presentes, denotando a necessidade de um diálogo aberto, franco, requerendo um comprometimento e envolvimento maior dos dois mundos. Falta ainda desvelar o que fica nas queixas, descontentamentos, “ruídos” entre esses mundos, mas que não são ditos um ao outro, e não expressos nos resultados aqui pontuados por questões éticas. Ceccim (2005) aponta que tanto o mundo do trabalho como o mundo da escola apresentam protestos. O mundo do trabalho reclama que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que as universidades não têm compromisso com o SUS. O mundo da escola

reclama que as unidades de saúde são difíceis campos de práticas, não praticam a integralidade, não trabalham em equipe multiprofissional, entre outras. Concordo com essas posições, mas precisamos avançar nesses desafios, para as transformações das práticas de saúde e transformações da formação do futuro profissional de saúde, é necessário um planejamento conjunto entre esses mundos, por mais atribulado que isso possa ser.

É necessário um incentivo dos dois mundos, uma co-gestão propiciando uma aliança entre diferentes atores com um objetivo comum, para que realmente exista a vontade de superar desafios e resolver problemas a partir do conhecimento adquirido em cada mundo. (FEUERWERKER, 2000). Penso como a autora, quando ela menciona a necessidade de superar desafios, porque esse âmbito para a construção de alianças é carregado de circulação de afeto. Segundo Campos (2000a) é preciso reconhecer que existem disputas, inveja, simpatia, ódio, gerando incômodo entre as pessoas. No entanto, é preciso reconhecer a existência desses desafios para então superá-los, de modo que se possa construir um novo âmbito, com oportunidades e aproveitamento de aprendizagens dos dois mundos.

Demo (1998) nos fala da importância da universidade não apenas formar profissionais competentes, mas também um cidadão competente, aquele que, a partir das idéias, possa construir e reconstruir uma intervenção adequadamente. O mundo da escola, ao contribuir com o mundo do trabalho, possibilita as transformações das práticas, tendo em vista que muitas vezes o mundo do trabalho está muito apegado às suas rotinas, esquecendo de uma maior reflexão de suas práticas. Essa cooperação pode vir de várias maneiras, mas principalmente por meio de pesquisas e projetos conjuntos para a aplicabilidade e posterior introdução de novas tecnologias apontando as relações custos/benefícios em longo prazo.

Essa aproximação do mundo do trabalho com o mundo da escola é um movimento que precisa ser construído, reconstruído, com muitos movimentos de idas e vindas, avanços e retrocessos, entradas e saídas de pessoas, mas nunca esquecendo o objetivo maior que se quer: o fortalecimento do SUS e formar profissionais competentes para atuarem no sistema de saúde vigente. No relatório final da 1ª CNRHS (BRASIL, 1986 p. 23), no item Preparação de Recursos Humanos, refere que existem algumas barreiras entre os órgãos formadores e instituições prestadoras de serviços, entre eles a “ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços”. Essa aproximação se faz necessária, pois os serviços não podem apenas servir para cenários de prática, precisam de contrapartida, mas também os serviços precisam participar das atividades propostas pelo mundo da escola.

Essas barreiras são fruto da falta de diálogo e participação entre esses mundos. Entretanto, já percebo movimentos iniciais de aproximação entre eles. Mas são movimentos que podem ser melhorados e fortificados com a inclusão de mais pessoas e quem sabe uma proposta multiprofissional. Aspecto este evidenciado no estudo, no depoimento da responsável pelo NEPeS, em relação à dificuldade da comunicação com a IES em relação à organização dos cenários de prática e a pouca participação nos eventos promovidos por esses mundos.

Essas oportunidades poderiam ser mais exploradas no sentido da utilização das metodologias ativas, um espaço rico para trabalhar sobre os problemas da realidade, provocando nos futuros trabalhadores da saúde o aprender a aprender, o aprender a ser e o aprender a fazer juntos.

O mundo do trabalho é um cenário rico para o processo ensino-aprendizagem, na medida em que a indissociabilidade entre teoria e prática, o desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado tornam-se importantes para o processo de formação. Conforme Moretti-Pires (2008) refere que o ensino deve ser democratizado desde sua base, não apenas nos planejamentos, mas pautado na autonomia para que se formem profissionais para a vida, para o mundo do trabalho. A utilização de experiências reais ou simuladas contribui para a aprendizagem, auxiliando na capacidade para solucionar com sucesso tarefas essenciais da prática profissional em diferentes contextos. É preciso saber utilizar as principais transformações metodológicas no processo de formação para os futuros profissionais de saúde, refiro-me aqui à utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Ainda é muito comum a formação dos futuros profissionais de saúde pautada no uso de metodologias tradicionais, corpo e mente separados, o conhecimento em campos especializados, em busca da eficiência técnica. Essa fragmentação do saber também se manifestou nas subdivisões da universidade, em centros e departamentos, e dos cursos, em disciplinas estanques, acarretando no processo ensino-aprendizagem, muitas vezes, a reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos e o discente, de retentor e repetidor deles, ou seja, uma atitude passiva, sendo mero expectador. (MITRE *et al.*, 2007).

Adverso ao que se quer que o futuro profissional de saúde alcance, passando de uma consciência ingênua para a crítica, um sujeito ativo no seu processo de formação, a problematização na práxis facilita ao sujeito buscar soluções para a realidade em que vive e o

torna capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. (FREIRE, 1979).

Berbel (1998) menciona em seu estudo algumas inovações na maneira de pensar, organizar e desenvolver os profissionais de alguns cursos na área da saúde, referindo-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning – PBL*) e a Problematização. Aponta que a Aprendizagem Baseada em Problemas foi inspirada em experiências de mais de 30 anos, realizadas no Canadá, na Holanda, na África e na Ásia, por recomendação das Sociedades das Escolas Médicas. No Brasil, várias Escolas Médicas vêm buscando adotar essa modalidade de aprendizagem em seus currículos. Também vários Cursos de Enfermagem têm realizado importante movimento de incorporação da Problematização em suas atividades curriculares.

Uma referência para a Metodologia da Problematização é o Método do Arco, de Charles Maguerez, apresentado por Bordenave e Pereira (1982), em que consta de cinco etapas: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade.

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, uma vez que existe o problema, este vai ser examinado, teorizado, refletido, procuram-se soluções, relacionando com a sua história, passa a ressignificar e aplicar à realidade. A problematização pode levar o estudante ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. (CYRINO e TORALLES, 2004).

As ações de ensinar e aprender devem ser articuladas, esse processo exige que tanto o professor como os futuros profissionais da saúde compartilhem saberes, responsabilidades e se comprometam com o método, em que um aprende com o outro e cada vez mais o estudante de saúde possa assumir um papel ativo, mudando a lógica de mero receptor de conteúdos, procurando efetivamente conhecimentos relevantes aos problemas e aos objetivos da aprendizagem.

A Proposta Curricular de Aprendizagem Baseada em Problemas tem como eixo principal o aprendizado centrado no estudante, baseado nos estudos de problemas com o objetivo que o estudante estude determinados assuntos, predominando a integração das disciplinas. Essa metodologia estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento. (SAKAI e LIMA, 1996).

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem o grupo tutorial, composto de um tutor e

8 a 10 alunos, em que um dos alunos coordenará e outro será o secretário. No grupo, os alunos são apresentados a um problema pré-elaborado pela comissão de elaboração de problemas. A discussão de um problema se desenrola em duas fases. Na primeira fase, o problema é apresentado e os alunos formulam objetivos de aprendizado a partir da sua discussão. Na segunda fase, após estudo individual realizado fora do grupo tutorial, os alunos rediscutem o problema à luz dos novos conhecimentos adquiridos.

O grupo tutorial é seguido em sete passos: 1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos; 2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado; 3. Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados; 4. Resumo das hipóteses; 5. Formulação dos objetivos de aprendizado; 6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizado; 7. Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema diante dos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior. É prevista uma carga horária para o estudo de cada problema. (BERBEL, 1998, ZANOLLI, 2004).

Reibnitz e Prado (2006) indicam uma Pedagogia Ativa, em que o estudante é o protagonista central, co-responsável pela sua trajetória, o que lhe incita a uma participação ativa. O professor um facilitador das experiências de “aprendência”, assumindo um papel de coadjuvante, em que oferece oportunidades significativas para consentir e potencializar a capacidade do estudante re-intervir na realidade.

Independentemente da metodologia utilizada ou do caminho seguido para o processo de ensino aprendizagem, as metodologias ativas proporcionam o desenvolvimento da interação de professores e estudantes, colocando o futuro profissional da saúde como sujeito da aprendizagem, apoiado no professor como facilitador e mediador desse processo. Precisamos construir esse âmbito, para que tanto o mundo do trabalho como o mundo da escola se constituam em um espaço coletivo para o seu desenvolvimento.

Quanto à categoria **preparo das pessoas envolvidas no mundo do trabalho e no mundo da escola**, percebo que, embora as DCNs tenham sido aprovadas, ainda não estão sendo implementadas adequadamente na IES e vários são os fatores que contribuem para isso, sendo um deles, conforme Lugarinho, Lopes, Pereira, (2006, p. 5), “o desconhecimento da sua importância, a dificuldade de compreensão de sua dinâmica e a interpretação equivocada dos objetivos propostos”. Isso acaba por atrasar o processo de revisão dos currículos e conseqüentemente o desenvolvimento do curso para a formação do profissional

compatível com o perfil desejado. Concordo com esses autores, quando se referem à falta de conhecimento e compreensão das DCNs por parte dos envolvidos (coordenadores de curso, professores e estudantes), o que acarreta atraso no processo de formação. Ainda, o que faz com que se deixe muito a desejar nos cursos estudados é o desconhecimento das habilidades e competências gerais e específicas que devem ser desenvolvidas pelos professores e estudantes, para o perfil profissional desejado.

Vários desafios precisam ser superados, na carta de Belo Horizonte (2005, p. 4), no IV Congresso Nacional da Rede Unida, foram colocados alguns deles, para que ocorresse o processo de mudança com relação à formação profissional e à Educação Permanente:

A inércia das IES e de muitos professores e dirigentes universitários, em face de desencadear e de sustentar processos de mudanças em profundidade; as dificuldades de estabelecimento do trabalho em parceria nas ações desenvolvidas e a consolidação da Educação Permanente em saúde; as limitações dos hospitais universitários, as incipientes iniciativas de formação multiprofissional [...] constituem esses desafios.

Conforme o citado, para que ocorra o processo de formação dos futuros profissionais de saúde, esses desafios precisam ser superados, há necessidade de um maior envolvimento e o estabelecimento de parcerias entre o mundo do trabalho e o mundo da escola. Sabe-se que é responsabilidade do mundo da escola, com a cooperação do mundo do trabalho, essa formação. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH/SUS (2005) aponta, como atribuição dos gestores, estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação, com vistas à ação integrada e cooperativa, que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS. Não basta cumprir nos documentos as exigências das leis e políticas governamentais instituídas pelo MEC e pelo MS, especificamente a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e a Lei Orgânica da Saúde, é necessário unir esforços e mobilizar os envolvidos no processo para a concretização do planejado.

Um dos desafios importantes do coordenador do curso, além das atribuições inerentes ao cargo, é conseguir construir parcerias com os professores, estudantes e trabalhadores da saúde, para promover os processos de mudanças propostos nas DCNs. Conforme Rangel (2001), coordenar um curso é uma questão complexa a ser pensada, ela não propõe cursos regulares para coordenadores, mas sugere oportunidades de estudos em encontros e seminários. Refere que tem prevalecido, nas coordenações de cursos, o trabalho de organização integradora do processo de ensino-aprendizagem, incluindo os planos de cursos,

os horários de aula, a supervisão dos registros de resultados dos alunos e do encaminhamento e consumação de seus créditos e disciplinas, a mediação das solicitações das Reitorias e dos órgãos centrais do sistema universitário, fazendo que muitas vezes se ocupe de trabalhos administrativos em vez de ações pedagógicas. Diante das tarefas administrativas e pedagógicas que precisam ser desenvolvidas, questiono se uma mesma pessoa pode assumir tudo isso, conseguindo alcançar todos os seus aspectos, dimensões e implicações. Corroborando com a autora, vários são os fatores, conforme já descrito, que fazem com que as pessoas assumam algum cargo, e aqui tanto pode ser como coordenador de curso, ou como coordenador de uma Unidade Básica de Saúde. Essas pessoas precisam de encontros ou seminários que lhes permita desenvolver competências gerenciais para a função e também trocar experiências com outros coordenadores, tanto do mundo da escola como do mundo do trabalho.

Em instituições públicas, como as deste estudo, é difícil exercer esses cargos, porque coordenar implica criar espaços para discussão entre os professores ou trabalhadores da saúde, estabelecer trocas de experiências, com situações positivas e negativas, com soluções e sugestões e nem sempre se consegue nesses espaços a participação dos envolvidos. Também seria importante em alguns momentos, no que refere as DCNs, a participação dos respectivos gestores da educação, e aqui penso, em termos de IES, o Pró-Reitor de Graduação e da Saúde, o Secretário Municipal de Saúde, implementando o que refere a NOB/RH/SUS (2005) – estabelecer mecanismos de negociação intersetorial com os respectivos gestores da educação e saúde.

Entendo que as pessoas são incompletas, desde que nascem, e a educação decorre dessas incompletudes e de estarem em relação com o mundo e com as outras pessoas. A ação dos seres humanos sobre o mundo não só muda o mundo, mas também modifica os sujeitos dessa ação. (FREIRE, 1987). Quando nos encontramos em situações consideradas por nós de incompletudes, por assumirmos determinados cargos que não estamos preparados, é necessário buscarmos alternativas para esses enfrentamentos, para sermos agentes e proporcionarmos a mudança no e para o mundo.

No mundo da escola, esses desafios devem ser enfrentados com todos os envolvidos nos processos de mudanças. Após as resoluções das DCNs pelo CNE para os cursos da Saúde, iniciou nas IES a construção dos PPPs, o que foi um trabalho coletivo com os docentes e discentes, conforme consta nos projetos de cada curso. Para a implantação e implementação das DCNs, é necessário um trabalho educativo contínuo com os envolvidos e com uma proposta de avaliação de como está sendo desenvolvido, o que percebi, por meio deste estudo,

estar ainda frágil.

No mundo do trabalho o mesmo acontece, apesar da Lei Orgânica da Saúde trazer em seu arcabouço uma série de regulamentações para todo o território nacional sobre as ações e serviços de saúde, esta não é de conhecimento de todos os trabalhadores da saúde. Muitas das pessoas que exercem cargos de gerência desconhecem as legislações da saúde, acarretando atrasos na efetiva implantação do SUS.

Para o fortalecimento do SUS, Campos (2007b) relata que depende de uma tríade complexa: primeiro, de criar um movimento em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de apresentar para a sociedade como uma reforma social significativa; e terceiro, para se constituir com legitimidade a partir de seu desempenho concreto, melhorando as condições sanitárias e a saúde das pessoas. Nesse caso, a baixa capacidade de gestão e a politicagem depõem contra o SUS, independentemente do potencial sanitário contido em suas promessas. Essa tríade é importante e precisa de uma conscientização de todos para que as políticas de proteção social sejam respeitadas, que as pessoas se sintam responsáveis e defensoras delas, que seja uma polifonia no mundo do trabalho e no mundo da escola. Talvez a partir de várias vozes consigamos a implementação do SUS, expresso na Lei Orgânica da Saúde.

Percebemos que às vezes é muito mais fácil criticar as propostas e leis do que se sentir como um ator para a efetivação delas. Tanto o mundo da escola como o mundo do trabalho precisam estar envolvidos e comprometidos com essas mudanças, em que uma das estratégias pode ser uma política de Educação Permanente institucionalizada nesses mundos.

Na subcategoria **Educação Permanente para as Políticas de Formação e Atenção à Saúde**, considereirei como referência o fato de que a Política de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para as políticas de formação e também para a qualificação dos trabalhadores da saúde. No estudo, evidenciei que todos os cursos mencionam em seus PPPs a importância da capacitação dos envolvidos no ensino, da criação de um núcleo de educação e da necessidade de Educação Permanente, mas nenhum dos cursos desencadeou um processo de capacitação para o mundo da escola. No mundo do trabalho, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde está em fase de reestruturação, e o que existe concretamente são capacitações pontuais.

A Política de Educação Permanente preconiza a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na

aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e recomenda que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços. “A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações”. (BRASIL, 2004a p. 9). Furter (1968) apontava a educação permanente como uma maneira de responder pedagogicamente às mudanças que ocorreram em nosso mundo, devendo ser uma constância na vida humana. Já Freire (1987, p. 72) refere que a permanência da educação faz parte da essência do homem, de modo que, “se a educação é permanente na medida em que considera o homem como ser inacabado e consciente de seu inacabamento, está em contínua aprendizagem ao viver, igualmente, em uma realidade contraditória e também inacabada”. Ainda considera que a educação permanente, como uma transformação político-social-cultural, deve partir da compreensão da realidade dos profissionais enquanto construtores da história, seres de decisão, da ruptura, da opção, da ética. (FREIRE, 1999). Assim, a formação permanente do educador deve ser orientada pelos seguintes princípios: o educador é o sujeito de sua prática, cumprindo a ele criá-la e recriá-la através da reflexão sobre o seu cotidiano; a formação do educador deve ser permanente e sistematizada, porque a prática se faz e se refaz. (FREIRE, 1979). Evidencio que esses autores apontam a educação permanente como estratégia para responder às mudanças, bem como pela necessidade constante do ser humano em aprender e de refletir sobre a sua práxis. Apontam a educação permanente como sendo importante ao longo da vida, que é uma estratégia para a aprendizagem no trabalho e que contribui para responder às mudanças que ocorrem no mundo.

Streck, Redin e Zitkoski (2008) entendem que a educação é processual, é construída na cotidianidade docente, que por sua vez está inserida em um contexto sociocultural particular que é condicionador, mas não determinante dela. Costa (2003) refere que a escola deve estar preocupada em ensinar o ideal, mas precisa também perceber o real, e, na parceria com os serviços, deve fazer as mediações necessárias, de modo que os estudantes se formem como seres em contínua construção. A articulação entre os vários atores envolvidos no contexto das instituições de saúde e de formação permitirá avanços significativos para todos os envolvidos. A educação permanente não pode ser entendida somente como melhorar o conhecimento de uma disciplina, especialidade, ou uma técnica, mas sim deve fazer parte do cotidiano de suas práticas e do seu contexto de trabalho.

A preocupação com a educação permanente na área da saúde assume conotação

mundial quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS – 1978), citada por Kurcgant *et al.* (1991, p. 149), conceitua a Educação Permanente como “um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais”. Na área da saúde, especificamente, a educação permanente aparece como estratégia para melhorar o processo de trabalho, que geralmente ocorre nos serviços quando “algo” não está dando certo. Ocorre quando existem falhas em atividades técnicas, ou em situações de novas tecnologias, ou seja, em situações pontuais (educação continuada), aí essa estratégia parece ter lembrada sua necessidade.

Por parte do MS, existem várias iniciativas para a reorientação das estratégias no SUS, provocando reflexões e mudanças nos modos de ensinar e aprender. Essas iniciativas, como os Pólos de Educação em Saúde da Família, o PROFAE, o PROMED, entre outros, contribuíram para a mobilização das pessoas e das instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. No entanto, não foram satisfatórias no seu desenvolvimento, não produzindo um impacto sobre o mundo da escola, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas, nem no mundo do trabalho, para assumirem uma postura de reflexão de suas práticas. Isso vem reforçar, em 2003, a necessidade de instituir uma Política de Educação Permanente pelo MS, que é consolidada com a Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, reforçada com a parceria entre o MEC e MS, ocorrida em novembro de 2005, para o fortalecimento e desenvolvimento de Recursos Humanos na área da Saúde. Em 20 de agosto de 2007, a Portaria nº 198 é alterada e substituída pela Portaria nº 1996/GM/MS (BRASIL, 2007), mantendo a sua essência e o que havia sido pactuado em 2003, criando, então, novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política de Educação Permanente, adequando-a ao regulamento do Pacto pela Saúde. O que institui de novo essa portaria é o que consta no seu Art. 2º “A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES”. (BRASIL, 2007).

Várias políticas, resoluções e portarias, por parte dos Ministérios, foram criadas e reformuladas, para desencadear o processo de educação permanente no cotidiano das instituições. Mas ainda se pode perguntar: Por que é tão difícil institucionalizar uma política de educação permanente?

O processo de institucionalização de uma política de educação permanente, bem como

a palavra *permanente* quer dizer, segundo Bueno (1996), é o que permanece, contínuo, duradouro, ininterrupto, não é fácil de constituir. Vários fatores podem interferir e dificultar esse processo, tanto no mundo da escola como no mundo do trabalho. Entre eles, podemos destacar: o despreparo das pessoas em determinados cargos, a falta de comprometimento com a função que está exercendo, a deficiência de recursos humanos para implementação, a ausência de uma proposta institucionalizada, a rotatividade dos cargos, por mudanças de governo, principalmente no mundo do trabalho, entre outros.

Pimenta e Anastasiou (2008) assinalam que há certo consenso na docência do ensino superior de que essa atividade não requer formação específica e que seria suficiente a apropriação de conhecimentos técnicos específicos, pois o que a identifica é a pesquisa e o exercício profissional no campo. Referem também que na maioria das IES, apesar da significativa experiência dos professores, predomina o despreparo e até um desconhecimento científico do que seja o processo de ensino e de aprendizagem. Esses fatos apontam a necessidade de sensibilização dos professores para a importância de iniciativas que valorizem a formação contínua ou em serviço, mediante cursos, seminários, encontros, palestras, oficinas, entre outras modalidades.

A educação permanente, para se constituir como política, deve ser um eixo transversal no processo de trabalho individual e do coletivo. É necessário, além do comprometimento individual, criar espaços coletivos de co-gestão entre o mundo da escola e o mundo do trabalho (gestores, trabalhadores da saúde, controle social, professores e futuros profissionais da saúde), em que, nas contribuições de suas especificidades e no que é comum, construa-se momentos de troca e discussões. É importante termos momentos formais de educação permanente, mas também aproveitar o cotidiano das práticas e a reflexão do seu fazer para também modificarmos o contexto e a nós próprios.

Campos (2006e) refere que o campo da saúde tem assumido conceitos e uma forma de trabalhar autocentrada e isolacionista. Aponta a educação permanente como importante e complementar de uma educação na vida e no trabalho e que não deve haver a subestimação dos cursos regulares. Avança dizendo que:

O processo de formação das pessoas/profissionais não ocorre apenas nos espaços formais de ensino, nas organizações da instituição de ensino: universidades, escolas, cursos etc., e que o processo de formação não depende apenas de livros e de professores. Durante o trabalho, há formação e isso poderia ser sistematizado – com a criação de dispositivos e arranjos que estruturassem esse processo no cotidiano. Aprende-se com os usuários, com os colegas de trabalho, com as outras profissões etc. Tudo isso é muito interessante. Penso que é o elemento forte da Educação Permanente. Ainda que tudo isso esteja teorizado há milênios. (CAMPOS, 2006e p. 53).

Faz-se então necessário criar espaços coletivos de co-gestão entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, em que a participação de todos, além de ser um momento de possibilidades de planejamento das atividades, seria também um momento de educação permanente e reflexão do dia-a-dia de cada mundo. Não é fácil criar esses espaços, mas é preciso incentivar esse movimento de participação no cotidiano do trabalho, propondo metodologias ativas, com base na realidade do trabalho concreto. Não podemos pensar que a educação permanente é a solução dos problemas, mas sim uma ferramenta importante para uma reflexão das práticas do mundo do trabalho e uma maneira de problematizar o ensino.

Campos e Belisário (2001) apontam que existem carências tanto quantitativas como qualitativas para as necessidades do PSF, propondo que devem ser aprofundadas as discussões sobre o processo de formação e educação permanente desses profissionais organizados em forma de equipe. Esses autores assinalam que mais importante que transmitir conhecimentos é criar métodos e hábitos que valorizem a auto-aprendizagem, porque grande parte do conhecimento estará obsoleto dentro de uma década. É necessário gerar mudanças no processo de formação, em que os estudantes passem a ser sujeitos do processo de aprendizagem, que tomem como ambientes de prática a comunidade, o domicílio, a Rede Básica do SUS. Nesse sentido, precisamos intensificar nosso diálogo no mundo da escola, na criação de propostas que favoreçam a modalidade de projetos intercursos, com criação de espaços coletivos entre estudantes e professores, para discussão e avaliação de como está sendo desenvolvido, bem como a participação de profissionais do mundo do trabalho.

Urge que se construam estratégias para que a educação permanente no mundo da escola e no mundo do trabalho seja realmente permanente. Apesar da Portaria nº1996 (BRASIL, 2007) dizer que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, ainda é necessário construir este espaço no mundo do trabalho e no mundo da escola.

Concordo que precisamos avançar na proposta de educação permanente, de trabalharmos com propostas multiprofissionais, a partir dos problemas cotidianos e não mais trabalhar a partir de uma lista de necessidades pontuais de atualização. Precisamos superar a realidade relatada pelos coordenadores dos cursos sobre a dificuldade de construir espaços para desenvolver propostas de educação permanente. Dessa forma, acredito na proposta de educação permanente, tanto para momentos pontuais como no cotidiano das práticas. São

momentos que podem desencadear espaços para a co-gestão.

Na **subcategoria a Compreensão de trabalho em equipe – campo e núcleo dos saberes**, a proposta do trabalho em equipe permanece mais no desejo e no discurso do que numa ação concreta pelo mundo da escola e pelo mundo do trabalho. Sena *et al.*(2008), em seu estudo, mostram que existe uma intencionalidade da compreensão do trabalho em equipe, e que o desafio de trabalhar em equipe é apontado como um fator que contribui para reduzir a fragmentação do cuidado, elevar a qualidade e a resolutividade do trabalho. Ainda, refere que o trabalho em equipe está permeado por conflitos, limites e dificuldades, mas reconhecem a potencialidade desse trabalho no favorecimento do exercício multiprofissional com enfoque na interdisciplinaridade. Concordo com as autoras, quando apontam para a importância do trabalho em equipe, como uma possibilidade de chegarmos à integralidade da assistência, mas que também é um espaço que precisa ser construído e negociado, porque é permeado por disputa de poder.

O mundo da escola poderia criar projetos coletivos que estimulassem essa prática no meio acadêmico, e o mundo do trabalho também poderia investir mais nas suas equipes multiprofissionais, em discussões de casos clínicos e discussões entre os profissionais, principalmente nos PSF, em que a lógica é o trabalho em equipe, um espaço mais bem explorado nos cenários de práticas.

Para haver as mudanças necessárias no sistema de saúde, a constituição de equipes de saúde para trabalhar tornam-se importantes, como avaliam alguns autores, como Campos (1997a, 2006d), Silva *et al.*(2002), Ceccim e Feuerwerker (2004), que o trabalho em equipe multiprofissional apresenta muitas dificuldades, dentre elas, citam as relações estabelecidas no cotidiano entre os profissionais, que a partir daí surgem dois problemas: o da perda da identidade profissional e o da perda do “poder-autonomia”. Campos (1997a) refere que para um trabalho autônomo ser eficaz é importante que ele esteja imbuído de responsabilidade. Conforme esse autor, a “autonomia-responsável” acontece quando existir envolvimento de quem faz a tarefa a que se propôs, existindo isso, não haveria necessidade de inventar modos de gerenciar. No trabalho em equipe, é necessário que exista a responsabilidade dos profissionais e a construção e entendimento por parte da equipe do que constitui campo e núcleo do conhecimento.

Pensando no processo de formação e na importância do trabalho em equipe, e se resgatarmos a proposta da Política Nacional de Atenção Básica, com seus princípios e

diretrizes alinhavados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é proposto que o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas aconteça sob forma de trabalho em equipe. (BRASIL, 2006b p. 12). O PSF vem nessa lógica do rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, proporcionando aos médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, entre outros profissionais, a possibilidade de estabelecer conexões de campo e núcleo dos saberes, a fim de propor novas práticas, ou seja, sua principal diretriz refere-se ao trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais. Mas, ainda, essa prática não é a que prevalece no mundo do trabalho, continua cada profissional trabalhando separadamente. Percebi alguns momentos de trocas entre os profissionais sobre determinados casos de pacientes, mas ainda é muito incipiente.

Se o mundo da escola apresenta dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente, o mundo do trabalho apresenta dificuldade de apresentar um trabalho em equipe multiprofissional. Essas propostas ainda se apresentam muito nos discursos dos profissionais, como um objetivo a ser perseguido. Mas o modelo de atenção na Estratégia de Saúde da Família contribui em muito para a vivência de o estudante perceber a possibilidade dessas propostas interdisciplinares e trabalho em equipe multiprofissional.

Para Campos (2000b), pensar em campo e núcleos dos saberes na Atenção Básica requer um exercício para os trabalhadores da saúde. Reconhecer que o modo como vem acontecendo sua institucionalização tem dificultado a reconstrução de seus próprios saberes e práticas, acarretando uma crise de identidade demonstrada por sua fragmentação e diluição como campo científico. Esse autor ainda refere que atualmente existe uma indefinição de limites entre as disciplinas e os cenários de práticas, o que nos remete a pensar que todo o campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se ‘interinfluenciarão’, não sendo possível detectarem-se limites precisos entre um e outro. No entanto, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.

Campos (2003b) refere que o trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissão, a co-gestão é uma maneira de articular em um campo que garanta saúde à população e realização pessoal dos trabalhadores.

O trabalho em saúde da família é complexo e difícil diante da diversidade de situações

que se apresentam, porque além da clínica é importante também um preparo dos profissionais para exercerem o acolhimento, tarefa que muitas vezes não fomos nem estamos preparados diante de elementos que se apresentam, como os sociais, os culturais e os econômicos. Portanto, a prática do trabalho em equipe e interdisciplinar, com espaços para discussões dos casos, facilitaria em muito algumas tomadas de decisões. Claro que, para que isso frutifique, são necessárias algumas mudanças de estratégias por parte da gestão, pois a cobrança ainda ocorre por produtividade de atendimentos ou procedimentos realizáveis. Precisa, sim, é ter responsabilidade pela atenção integral básica de um número de pessoas ou famílias, desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população que vive em um determinado território, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (CAMPOS, 2003a; CAMPOS, 2007d, BRASIL, 2007) .

Nos cenários de práticas observados, esse aspecto merece ser trabalhado, pois possui terreno fértil para que esse processo ocorra, desde que possam haver negociações, diálogos entre os cursos e o mundo do trabalho.

Na categoria **Compromisso da formação profissional descrita nas DCNs: novas práticas, velhas práticas**, o estabelecido nas DCNs para os Cursos 1, 2 e 3, na forma de resoluções do Conselho Nacional de Educação, tem caráter prescritivo e normativo, portanto parto do pressuposto de que devem ser cumpridas. O perfil desejado do formando de graduação, que é semelhante nos três cursos, está descrito no artigo 3º, referindo-se a um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Continua descrevendo que este deverá ser capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001). Também são descritas as competências e habilidades gerais e específicas para cada curso, que devem atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no sistema de saúde vigente. Nesse sentido, a construção dos PPPs dos cursos foi feita atendendo a essas exigências, e construídos coletivamente. A participação das pessoas na construção dos PPPs é importante, para que estejam cientes do que se quer e das exigências a serem desenvolvidas no processo de formação, para adquirir o perfil desejado. Neto *et al.* (2008) assinalam que o MEC vem estimulando as IES a profissionalizarem as gestões administrativa e acadêmica, tendo como ferramentas o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e os PPCs dos cursos. E ainda refere que não basta definir DCN e PPC, é necessário implementá-los; não é

suficiente expandir a educação superior, é preciso avaliar procurando a qualidade e o compromisso com a justiça social, com as inovações científicas e tecnológicas, com as condições de saúde da população, com a rede de serviços de saúde, bem como o perfil do egresso, afinado às necessidades sociais e sanitárias, locais e regionais. Concordo com esses autores sobre a importância de profissionalização da gestão administrativa e acadêmica, porque não basta escrever bem o PPP, é preciso que este seja implementado na lógica que foi construído e que seu processo de desenvolvimento e aplicabilidade seja acompanhado.

Analisando os PPPs dos Cursos 1, 2 e 3, verifica-se que atende ao previsto nas DCNs. Apesar do Curso 3 não explicitar o perfil igual ao da DCNs, em seu PPP consta a Legislação que regula o currículo do curso, em que aparece o perfil instituído legalmente.

O mundo da escola tem um papel social importante no campo do conhecimento, na educação permanente e na formação dos profissionais com as competências e habilidades preconizadas nas DCNs e também pelo que refere a Constituição da República e a Lei Orgânica da Saúde.

No relatório final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986), prima-se pela valorização do profissional e do mercado de trabalho, entretanto menciona-se que o processo de formação dos futuros profissionais não é adequado às necessidades de saúde da população brasileira, nem às necessidades dos serviços, gerando com isso mão-de-obra não condizente aos serviços públicos de saúde. Também outros fatores que são pouco atrativos a esses empregos são a ausência de planos de carreiras, baixos níveis de remuneração e a inexistência de perspectivas de desenvolvimento de pessoal. Isso tudo acarreta que muitos profissionais tenham outros vínculos, jornadas e regimes de trabalho não adequados aos serviços de saúde, diminuindo a importância do trabalho no serviço público de saúde. Fatos esses que se perpetuam ainda nas IES e nos Serviços de Saúde, em que muitos profissionais possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, comprometendo o processo de gestão.

Machado (2006) refere que a saúde é um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, sendo o maior empregador. Concordo com o autor quanto ao referido, tendo em vista o proposto no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b), em que a ESF se consolidará como modelo de Atenção Básica à Saúde, e neste, as possibilidades de emprego público tendem a aumentar.

A saúde foi um dos campos em que o processo de desenvolvimento tecnológico e de especialização sofreu grande impacto no mundo da escola e no mundo do trabalho, pois

deixou de haver consenso a respeito das competências que caracterizariam uma formação geral e sobre as contribuições das diferentes áreas de conhecimento e especialidades para uma formação de qualidade. Na falta desse consenso, permaneceu uma multiplicação de disciplinas, de conteúdos, de procedimentos, produzindo uma fragmentação no processo de formação na graduação. (FEUERWERKER, 2006). O mundo do trabalho também foi afetado, em seu processo de trabalho, pelo crescimento tecnológico e pela especialização, o que trouxe ganhos para os diagnósticos das doenças, mas elevou os custos, levando à institucionalização das práticas de saúde e à perda do controle dos meios de trabalho por parte dos profissionais. (SCHRAIBER, 1993).

Apesar de vários movimentos e políticas de governo estarem voltados para que o mundo da escola e o mundo do trabalho cumpram seus papéis sociais, podemos dizer aqui que se o processo de formação contemplar as habilidades e competências descritas nas DCNs, conseqüentemente vão contribuir para o fortalecimento do SUS. No entanto, isso implica mudanças na prática educativa dos dois mundos, reforçando a importância da inserção precoce dos futuros trabalhadores da saúde nas atividades práticas para os cursos nos Serviços de Atenção Básica.

Conforme as DCNs, o PPP, deve ser “construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem”. (BRASIL, 2001a, 2002b, p. 22). A mediação reflexiva e crítica entre as transformações sociais concretas e a formação humana dos futuros profissionais da saúde, indagando os modos de pensar, sentir, agir e de produzir e distribuir conhecimentos, compete à atividade docente prover. (PIMENTA e ANASTASIOU, 2008). Esses autores apontam para a mudança na lógica do processo de formação, assumindo a idéia de que o desenvolvimento de metodologias ativas contribuem para o processo de ensino-aprendizagem, previsto nas DCNs.

Em face das propostas previstas nas DCNs, é necessário que seja revisto em qual modelo de professor o corpo docente de cada curso está situado, para que o processo ensino-aprendizagem possa facilitar o que preconiza as DCNs, e também para que seja oferecida uma capacitação permanente para a docência universitária.

Foresti (2001) refere que a pedagogia universitária no Brasil é exercida por professores que não têm uma identidade única. Existem professores com formação didática, outros que utilizam suas experiências profissionais para a sala de aula, e outros sem nenhuma experiência, vindos de cursos de pós-graduação, com mestrados e doutorados. Não penso que

precisamos ter uma identidade única para ensinarmos, mas sim precisamos construir uma pedagogia universitária capaz de nos aproximar de uma formação que consiga responder às necessidades sociais, fazendo-se necessário um investimento e desenvolvimento na formação profissional dos professores. Estudos e pesquisas apontam “os professores são profissionais essenciais nos processos de mudanças das sociedades”. (PIMENTA e ANASTASIOU, 2008, p. 11).

Conforme Nóvoa (2000), é necessária uma mudança na universidade. Se as universidades eram espaços em que os conhecimentos existiam e eram difundidos, hoje a grande parte desse conhecimento já não está apenas na universidade, está na internet, nos meios de comunicação, em vários outros lugares. Esse autor ainda refere que as universidades não são as únicas detentoras do conhecimento, é necessária uma reorganização, passando de uma função de transmissora do conhecimento para funções de reconstrução, de crítica e de produção de um novo conhecimento.

É necessário que o professor universitário reflita sobre o seu fazer em nível individual e grupal, criando espaços coletivos para discussão das novas demandas e para os desafios que a profissão docente enfrenta no ensino universitário. Para a implementação do PPP, é importante esse trabalho coletivo, o professor tem que discutir com seus pares, planejar junto, expor seu pensamento, transgredir os limites de sua disciplina, dialogar o processo ensino-aprendizagem com seus alunos, e, ainda, precisa de conhecimentos que ultrapassem seu núcleo de saber/especialidade.

É preciso pensar a ação docente dentro de um quadro de transição paradigmática, no sentido de mudanças estruturais da prática, rompendo com a lógica da reprodução e da memorização, do conhecimento fragmentado, da separação teoria-prática, construindo uma metodologia que considere as relações entre ciências e construção do conhecimento, entre ensino e pesquisa, entre conteúdo e forma, entre teoria e prática e entre as dimensões pedagógica, epistemológica e política da prática docente na universidade. (FORESTI, 2001, p. 16).

Diante do que preconizam as DCNs quanto ao perfil que precisa ser formado, é necessário repensar a ação docente, bem como o perfil dos professores que se desejam em nossas instituições de ensino superior. A maioria dos professores foi formada dentro de um perfil de memorização e de um conhecimento fragmentado, na ótica da especialidade. É necessário que os sujeitos envolvidos nas mudanças dos processos de formação se detenham no que preconizam as leis, como conhecer as DCNs para os cursos da saúde no qual exercem sua docência, conhecer a Lei 8.080/90, e o que refere o Art. 27º, parágrafo único, que os

serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. Essas leis, entre outras já citadas no estudo, contemplam a importância da aproximação do ensino com os cenários de práticas, facilitando a relação desses mundos. Mas, os professores precisam querer as mudanças e enfrentar o desafio de novas práticas de ensino-aprendizagem ao uso de metodologias ativas, facilitando ao futuro profissional da saúde a construção do seu conhecimento.

Reconhecendo a importância da especialidade, que se faz necessária, mas se pensarmos no perfil desejado, o professor precisa estar mais preparado para a formação de um profissional generalista, reflexivo e crítico. Como formar nessa perspectiva, se o preparo do docente e do profissional do serviço ainda é frágil? Como exigir um perfil generalista, se os editais para concursos na IES da região Sul ainda são para as especialidades?

Considerando o contexto de transformações da sociedade, novas demandas e exigências foram criadas para o mundo da escola e para o mundo do trabalho, entre elas o perfil do profissional que queremos formar e que esse contemple as necessidades do trabalho.

Ao analisar as DCNs para os Cursos 1, 2 e 3, percebo que o processo de ensino está baseado na construção de habilidades e competências. Isso nos aponta para o reconhecimento de que as relações do mundo estão mudadas, e que, sendo assim, a formação educacional do profissional também precisa ser outra. Nas DCNs, essas habilidades e competências se dividem em gerais e específicas. Não pretendo me deter no conceito de competências, por ser um termo polissêmico, tanto para o mundo do trabalho como para o mundo da escola, assumindo distintos significados para diferentes autores. (COSTA, 2005). Aponto alguns autores, que conceituam competências. Ferreira (2004) refere que é a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade. Para Perrenoud (2000), competência em educação é movimentar um conjunto de saberes, habilidades, atitudes, posturas para solucionar com eficácia uma série de situações. Segundo Ribeiro e Lima (2003) e Lima (2004), competência é a habilidade de mobilizar diferentes capacidades para solucionar com pertinência e sucesso tarefas essenciais da prática profissional, em diferentes contextos. Ainda esses autores configuram a prática profissional competente como resultante da capacidade de mobilizar e combinar, diante de questões de ordem profissional, um conjunto de conhecimentos especializados e saberes provenientes da própria experiência, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo da vida do trabalhador. O importante é que para se atuar de forma competente é necessário assumir uma

postura dinâmica diante das situações de trabalho, bem como saber aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes na resolução de problemas do cotidiano.

Conforme De Domenico e Ide (2005), é necessária uma reestruturação da educação, para modificar uma prática e apresentar novos resultados, é indispensável que os indivíduos sejam competentes, somente a transmissão de conhecimentos não garante isso. Mas apesar do que referem as DCNs, ainda no mundo da escola o sistema cartesiano domina, predominando os pré-requisitos, em que as disciplinas desempenham um papel importante.

Percebemos em diferentes áreas que a formação profissional tem sido sempre relacionada com a formação teórica, desvinculada da prática. Schon (2000) assinala que essa formação não permite o desenvolvimento de profissionais criativos, que possam dar conta das diferentes demandas que a prática impõe. Ele sugere uma formação em que haja interação entre teoria e prática, em um ensino crítico, baseado no processo da reflexão-na-ação, por meio da interação professores-aluno, em diferentes situações práticas. E que possamos ir além, que a capacidade de refletir também seja estimulada na interação trabalhador da saúde-estudante.

É preciso ter claro que profissional o mundo do trabalho precisa. O mundo da escola precisa trabalhar as habilidades e competências que deseja desenvolver para o futuro profissional da saúde, e o mundo do trabalho deve conhecer essas habilidades e competências, procurando dentro do possível oferecer oportunidades e contribuir para o desenvolvimento delas. Esse aspecto nos cenários de observação continua frágil, não presenciei avaliação baseada no desenvolvimento de habilidades e competências no decorrer das observações.

As DCNs nos apontam o perfil que se quer, bem como as políticas de saúde nos mostram qual o mercado de trabalho para a área da saúde no setor público, não desconsiderando a importância que o setor privado no SUS possui para o mercado de trabalho, monopolizando também muitos profissionais da área da saúde.

Conforme a discussão dos resultados já apresentados nesta categoria, que são importantes para os três cursos, passo a discutir alguns resultados das atividades práticas nos Cursos 1, 2 e 3.

No **Curso 1**, é referido pelos estudantes que, entre outros fatores, aprendem muito com o profissional da prática. Nesse sentido, Ide e De Domenico (2001) referem que os estudantes apresentam dificuldades para inter-relacionar as mensagens oriundas da prática com sua bagagem teórica e analisá-las em uma rede de significações que lhes possibilite criar diante das novas experiências. Essas autoras consideram que essas dificuldades são devido à falta de articulação entre o ensino e a realidade do contexto da prática. Sena *et al.* (2008)

mencionam que os estudantes constroem sua concepção sobre o cuidado com base na prática cotidiana, orientados pela teoria, e destaca a importância da entrada precoce dos estudantes em cenários reais, para que o cuidado possa ser assumido no dia-a-dia dos serviços de saúde, reforçando com isso a importância da aproximação do mundo da escola com o mundo do trabalho, permitindo a problematização da prática. Corroborando com as autoras e com o que preconiza as DCNs quanto à inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas, o papel ativo do estudante na construção do conhecimento e a interação destes com os profissionais e usuários proporcionam um conhecimento da realidade, isso vem facilitar as inter-relações da bagagem teórica com a aplicabilidade prática.

Também aparece como fragilidade nos resultados o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade. Neto *et al.* (2007) refere que para acontecer a interdisciplinaridade deve haver planejamento conjunto, valorizando as competências, as atitudes, as habilidades, o saber-fazer, o saber-estar, a capacidade criativa, a comunicação, o trabalho em equipe, a resolução de problemas, entre outras ferramentas importantes que devem ser investidas pelo mundo da escola e pelo mundo do trabalho. Pensar em trabalho interdisciplinar implica construir novos caminhos, é preciso pensar em co-gestão, em campo e núcleo, em disputa de espaço, em saberes divididos, enfim, é importante diálogo e negociações. Mas, é um trabalho que pode e deve ser construído pelas pessoas envolvidas no processo de formação, no desenvolvimento da ação pedagógica articulada com a diversidade dos saberes.

Mas ainda é necessário pensar a ação da enfermagem nos cenários de práticas para o atendimento às reais necessidades da população, e que tipo de práxis estamos desenvolvendo. Conforme Reibnitz e Prado (2006, p. 30), “a ação de enfermagem precisa estar coerente com o exercício crítico-reflexivo de reconstrução do seu próprio processo de trabalho”. Ainda, mencionam a necessidade de o enfermeiro saber por que faz e não só saber fazer, é preciso refletir sobre o seu fazer construindo seu conhecimento para a transformação das situações vivenciadas em seu dia-a-dia.

Vázquez (1977), quando descreve os níveis de práxis, salienta que a práxis reiterativa ou imitativa alcançou sua máxima com o taylorismo, em que o trabalho era repetitivo, encadeado em um ritmo e uma duração. Também esse autor fala que o problema da unidade entre a teoria e a prática só pode ser estabelecido com igualdade, quando temos presente a prática como atividade objetiva e transformadora da realidade natural e social, e não como atividade subjetiva. Backes (2000) refere que a práxis reiterativa ou imitativa apresenta um nível inferior em relação à práxis criadora e se caracteriza pela carência e imprevisibilidade

do processo e do resultado e pela 'irrepetibilidade' do produto, portanto na práxis repetitiva não se inventa o modo de fazer, já foi inventado antes. Esses autores nos apontam para a importância de revermos a nossa práxis no mundo do trabalho e no mundo da escola, como ainda é presente a repetição. Refiro-me a rotina de trabalho muitas vezes automatizada, sem uma reflexão para uma possível criação e transformação.

Freire (1987) diz que é na problematização, pensando na prática e em decorrência da apropriação consciente da realidade pelos sujeitos envolvidos, enfrentando o desafio, que o processo de transformação acontece. Esse pensar na prática é entendido como movimento de ação-reflexão-ação que leva a práxis. É preciso que haja uma reflexão sobre si e sobre o mundo, a fim de melhorar a sua percepção, e, com isso, descubrem a realidade de uma outra forma que antes não percebiam.

No **Curso 2**, apesar de sua ação no mundo do trabalho ser vivenciada na prática do atendimento ao paciente, os futuros profissionais da saúde, nesse semestre, não interagem no mundo do trabalho, com os trabalhadores de saúde. O atendimento é na UBS, na lógica da consulta individual. Almeida (2008) afirma que para a formação dos médicos sair do *status quo* mantido pelas forças conservadoras é importante a articulação com o mundo do trabalho e com as organizações comunitárias locais, mas essa relação precisa avançar com o objetivo de alcançar verdadeiras parcerias com objetivos comuns. Não adianta só mudar o cenário de prática, é preciso avançar, no modo de fazer, criar espaços coletivos de co-gestão com os trabalhadores da saúde e juntos avançar nos objetivos comuns. Segundo Campos (2000a), nenhum agente isolado produz democracia²², vai depender da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. É preciso construir espaços compartilhados, rodas, ou seja, um espaço democrático, um modo para operacionalizar co-gestão. Os autores mostram a necessidade de construir espaços entre o mundo do trabalho e o mundo da escola. Não desconsiderando que vários entraves vão existir, mas é na superação desses desafios e mediante a participação de todos que esses espaços vão se constituindo e reconstituindo.

Feuerwerker (2002, 2004) aponta que as principais tentativas de mudanças curriculares na educação médica brasileira esbarraram, fundamentalmente, em: concepções limitadas do que seria a mudança; inadequações dos cenários de prática aos objetivos pretendidos; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança, para romper a lógica formal das disciplinas;

²² Democracia entendida aqui por Campos (2000a, p. 41) como a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição.

falta de capacitação pedagógica do corpo docente, limitações graves de poder e disputas por carga horária. Concordo com o citado pela autora, quanto às necessidades de mudanças. É preciso romper com o que está posto, criar e recriar novos modos de fazer clínica.

Stella e Batista (2004) referem-se à importância da reformulação curricular na graduação, do paradigma flexneriano ao da integralidade; do enfoque da doença à ênfase na promoção da saúde; da transmissão da informação à construção do conhecimento; da compartimentalização disciplinar à interdisciplinaridade; do hospitalocentrismo à diversidade dos cenários de ensino-aprendizagem. Entre esses desafios, existe a aproximação dos futuros profissionais da saúde da realidade prática profissional e do mercado de trabalho. Esses autores apontam ainda para o cenário nacional de Atenção à Saúde, em que o processo de consolidação do SUS avança na descentralização da gestão e na Atenção Básica, com o PSF já instalado em mais de cinquenta por cento dos municípios brasileiros, fazendo com que amplie o mercado de trabalho. Esses autores enfatizam a importância na mudança da formação dos futuros profissionais, o que também é preconizado nas DCNs, apontando o PSF como uma possibilidade crescente para o mercado de trabalho. Também corrobora nesse sentido a implantação do Pacto pela Saúde, em que a transferência dos recursos federais para estados e municípios passa a ser integrada em cinco grandes blocos de financiamento, sendo Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência Contemplada, e na dimensão do Pacto pela Vida. Entre as metas a serem alcançadas está o fortalecimento da Atenção Básica e promoção da saúde (BRASIL, 2004d, 2006b), o que vem reforçar a importância da Atenção Básica como cenário de prática e a relevância do trabalho em equipe, mas é necessário que exista uma interação maior dos futuros profissionais da saúde com os trabalhadores da saúde, para a promoção da saúde e uma maior resolutividade.

Almeida (2008), em seu estudo, questiona a classe médica: Quem de nós foi capacitado para formar equipes? E, mais complicado ainda, para manter equipes? Esse autor aponta que o trabalho em equipe vivenciado no mundo universitário chega no máximo às questões relativas às equipes de pesquisa científica ou de projetos de extensão universitária, coordenados por professores titulares, chefes de especialidades e pelos chefes de departamento, dizendo que as relações entre chefias e subordinados são diferentes das relações entre membros de uma equipe. Afirma ainda que para as DCNs terem chances de dar certo é necessária a capacidade de formar e manter equipes de trabalho entre docentes, docentes e estudantes e de trabalho interinstitucional com os serviços de saúde e com as comunidades. A pergunta do autor é importante e necessária, mas não tem receita, porque

para trabalhar em equipe é preciso vencer desafios, é preciso saber se relacionar, é saber ouvir, e lidar com sentimentos, é preciso diálogo, é viver o trabalho em equipe acreditando na superação das pessoas. E falando em equipe de saúde, o desafio é maior, porque é no trabalho em equipe que podemos avançar para a integralidade da assistência.

No **Curso 3**, a interação com o mundo do trabalho ainda permanece em uma Clínica Extramuros mantida pela IES da região Sul. Para Unfer (2000), as principais deficiências no processo de formação na graduação estão no distanciamento entre o ensino e a realidade da população, mantendo-se a formação concentrada em atividades clínicas. Em seu estudo, ela aponta a necessidade das IES de saírem de seu enclausuramento e diversificarem seus cenários de práticas.

Analisando os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, BRASIL (1986, 1993b, 2005d), em todas estão expressas a preocupação com a formação do futuro profissional da saúde e a importância do ensino diante da realidade social. Na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986), no tema que trata sobre o diagnóstico da Saúde Bucal no Brasil, alguns dos itens expressam que existe tendência à valorização da especialidade em detrimento da clínica geral; ausência de uma política salarial justa e programas de educação continuada, vinculados a um plano de cargos e salários que valorizem os recursos humanos na área; falta de repasse de conhecimentos e informações sobre Saúde Bucal à população; proliferação irracional de faculdades de Odontologia, com a queda do nível de ensino e a inadequação do profissional formado à realidade social em que vive e às necessidades da comunidade; descumprimento da legislação vigente no que se refere à fluoretação das águas. Ainda, nesse relatório, no tema reforma sanitária, quanto à inserção da Odontologia no SUS, cita a necessidade de reformulação do Sistema Educacional, com revisão dos currículos mínimos, visando uma organização, direcionamento e comprometimento dos recursos humanos da área visando sua adequação às necessidades majoritárias da população, redefinindo a relação universidade/sociedade. Percebo que é referida nesse relatório a importância da promoção da saúde, para além da fluoretação da água, que apesar de existir uma legislação, não está sendo cumprida.

No Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993b), é citado que existe um desconhecimento da maioria dos gestores municipais, da categoria odontológica, das instituições formadoras de RH e da população, a respeito das diretrizes básicas para a implantação do modelo de atenção em saúde bucal, compatível com os princípios da Reforma Sanitária e do SUS; da deficiência na promoção e intercâmbio de experiências realizadas na

Saúde e na Educação; e da necessidade de criar convênios entre as universidades e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, garantindo a integração docente-assistencial e proporcionar o contato direto dos estudantes da área de saúde com a realidade social. Ainda permanece o desconhecimento das instituições formadoras com as políticas de saúde bucal.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2005d), com o tema “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”, no que se refere à formação e desenvolvimento em saúde bucal, é citado que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. Aponta que a causa principal é o modelo formador do País, dissociado da realidade, não havendo comprometimento com as necessidades da população. Ainda no relatório da Conferência, é citado que:

Observam-se alguns esforços pontuais para mudar esse quadro da saúde bucal no país, o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade socioepidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área. A pós-graduação em saúde bucal reproduz o quadro descrito para a graduação. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da odontologia no País. A pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, em quase todos os casos, tende a especializar mais o especialista no mesmo marco conceitual pedagógico, ratificando um tipo de prática há muito ultrapassada e cada vez mais alienada da realidade nacional. (BRASIL, 2005d, p. 56).

Ainda citado em BRASIL (2006, p. 122), temos as mudanças necessárias para implementar as DCNs, “ainda não constituem a realidade da maioria dos cursos de odontologia do País, pois a formação em odontologia sempre esteve pautada principalmente no exercício privado da profissão”. Conforme o referenciado pelos autores, vai ser preciso uma polifonia, para as mudanças na graduação da odontologia, pois ainda a lógica permanece na especialidade, não existe uma compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal da população. A lógica da formação ainda é para o mercado de trabalho privado. É preciso mostrar as novas possibilidades do mercado de trabalho, e aqui principalmente a estratégia de saúde da família.

A inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é uma das prioridades dada pelo governo federal, fazendo com que os serviços públicos passem a constituir um significativo mercado de trabalho para os profissionais da odontologia. No entanto, isso não tem sido satisfatório para produzir impacto sobre o ensino de graduação. (MORITA,

KRIGER, 2005). Neste estudo, apesar dos estudantes referirem que o curso prepara para o mercado do trabalho, o momento, oferecido pelo curso, de aproximação com os Serviços de Atenção Básica relaciona-se aos estágios. Existe uma preocupação em apresentar o SUS no início do curso, mas não é dada seqüência no decorrer dos outros semestres.

Estudos como os de Pedrosa (2001), Conil (2002), Sousa (2002) e Baldani *et al.* (2005) apontam que os profissionais das equipes de saúde bucal apresentam dificuldades, decorrentes de sua própria formação profissional tecnicista, em trabalhar nas equipes de PSF, de maneira geral. No estudo de Baldani *et al.* (2005) chama a atenção o depoimento de um cirurgião dentista, quando refere que no PSF o profissional não pode examinar apenas um órgão em especial, e sim, ter uma noção geral do paciente, coisa que dificilmente se aprende no período de graduação, na faculdade. Os autores assinalam e reafirmam o que ainda permanece desde o já mencionado nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, quanto à falta de preparo para o trabalho em equipe, o desconhecimento dos futuros trabalhadores para a real necessidade da saúde da população.

O perfil dos profissionais formados por nossas universidades não tem sido, de maneira satisfatória, apropriado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social e, também para um cuidado integral e equânime. Entre as causas desse distanciamento está a formação predominantemente centrada nos hospitais universitários, clínicas extramuros; a dissociação entre a formação e os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população; e o enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação na saúde. (GIL *et al.*, 2008). A aprendizagem em serviço é uma proposta capaz de tomar os problemas da realidade como objeto da aprendizagem, da docência e da produção de conhecimentos, que se concretizariam como práticas articuladas, inscritas no mundo do trabalho – na “produção de serviços” e no mundo da vida – ou seja, na produção social da saúde. (FEUERWERKER, 2002). Esses autores apontam para a necessidade cada vez maior de estimular e mostrar aos futuros trabalhadores da saúde as reais necessidades de saúde da população, a fim de um melhor desenvolvimento de sua formação profissional, de superar a visão tradicional da saúde, ampliando seu conceito, considerando as condições de vida da sociedade, das famílias e dos indivíduos. Mas é necessário vivenciar nos cenários de práticas as necessidades de saúde da população, e isso não se dá somente com visitas e seminários em sala de aula. Precisamos avançar no que as CNSs, as políticas governamentais e as DCNs vêm sinalizando para o mundo do trabalho e para o mundo da escola.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – NOVOS CAMINHOS EM UM ÂMBITO CONHECIDO

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las....

Que tristes os caminhos se não fora a presença distante das estrelas.

(Mario Quintana)

Os serviços de Atenção Básica são, historicamente, um âmbito conhecido do processo de formação, uma vez que há bastante tempo são utilizados como cenários de prática para a formação de profissionais de saúde. Pensar em outras possibilidades para o processo de formação em um âmbito conhecido pressupõe a tomada de atitudes diante da realidade observada por parte dos profissionais, tanto do mundo do trabalho como do mundo da escola, a fim de transformá-lo.

Freire (2000) apresenta *possibilidade* compreendida como “decisão, escolha, intervenção na realidade”. Refere que sempre existe a possibilidade de ensinar, de aprender e de mudar. No sentido apresentado pelo autor, penso a possibilidade de mudança como um desafio a esse âmbito conhecido; um desafio em que a possibilidade de mudanças se apresenta com a construção da co-gestão entre o mundo do trabalho e o mundo da escola.

Se observarmos o mundo do trabalho, vemos que as décadas de 80 e 90 foram períodos de grande transformação no setor da saúde no País, pois é instituída a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), criado o sistema público de saúde universal e gratuito, e é travada a luta por sua implantação e por seus princípios. Comparando o que era o Sistema Único de Saúde então e o que é atualmente, pode-se dizer que o SUS apresentou muitos avanços no âmbito da saúde pública, embora, evidentemente, muitos desafios ainda precisam ser superados. Um dos maiores desafios é a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, fundamentais para a consolidação e o fortalecimento do SUS.

A década de 90 também foi um período de transformações na educação, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, criando espaços para a flexibilização dos currículos da graduação, além de direcionar a construção das diretrizes curriculares para os cursos de graduação. Nessa perspectiva, o corpo docente é parte essencial do processo de implantação, sustentação e consolidação de mudanças curriculares,

constituindo-se como agente central de transformação da realidade educacional. Embora não sejam freqüentemente citados, os estudantes também são essenciais para as mudanças que se deseja na educação.

Mundo do trabalho em saúde e mundo da educação em saúde são dois mundos em transformação, mundos peculiares que constituem âmbitos em si mesmos. Quando em intersecção, esses âmbitos particulares se transmutam em algo novo. O novo âmbito é muito mais que um espaço, é, sim, a imagem objetivo que se quer, aquela a que Perissé (2004) se refere como sendo uma realidade dinâmica, aberta, capaz de instituir o diálogo com outras realidades, originando novas realidades. O novo âmbito é um “campo de encontro”, um espaço lúdico e translúcido, que se forma na interação dinâmica entre realidades, e, quando essas realidades se auto-revelam, adquirem na consciência um sentido.

Os sujeitos que estão presentes nesse novo âmbito e que estão envolvidos no processo de formação (tanto oriundos do mundo do trabalho quanto do mundo da escola) são os elementos-chave para a transformação qualitativa necessária.

Para ocorrer a transformação nesses âmbitos, os sujeitos que estão envolvidos em cada mundo precisam dialogar entre si e planejar juntos. É necessário que sejam construídas formas de organizar o diálogo e que haja planejamento de tais momentos de co-gestão, nos quais as propostas de cada âmbito sejam apresentadas e juntas criem oportunidades de ensino-aprendizagem que venham ao encontro das expectativas e necessidades da sociedade.

Esse planejamento conjunto se faz necessário inclusive na organização curricular dos cursos, que deverá ter em conta as ações concretas existentes no serviço, assim como, em igual importância, as necessidades de desenvolvimento de competências dos estudantes. Pois a Rede de Atenção Básica é um cenário de prática que proporciona ao futuro profissional da saúde um conhecimento do contexto social e sua organização, tem grande importância, pois se constitui numa das portas de entrada para o Sistema de Saúde. Se forem bem conduzidos, os planejamentos entre os dois mundos proporcionam o aproveitamento mais efetivo das oportunidades oferecidas pelo mundo do trabalho para o mundo da escola e vice-versa.

Além desse aspecto, é importante que esses mundos desenvolvam projetos integrados de pesquisa, extensão e educação em saúde, que atendam às áreas de relevância do mundo do trabalho e que sejam oportunidades de desenvolvimento de competência dos futuros profissionais de saúde. Desse modo, o mundo da escola pode contribuir para o mundo do trabalho de forma a contemplar as oportunidades de ensino e de assistência.

Também para facilitar o acontecimento das mudanças, os sujeitos, ao assumirem

determinados cargos, tanto no mundo do trabalho como no mundo da escola, precisam estar preparados. O cargo de coordenador de curso exige ir além da implementação de um currículo e ações metodológicas, e, sim, buscar uma mudança de ordem epistemológica, de visão de sociedade, de políticas de formação e políticas de atenção à saúde, com enfrentamento das pressões e uma aproximação com o gestor municipal, a fim de fortalecer o processo ensino-aprendizagem.

Esse cargo exige ainda prestar atenção à prática docente nos cursos. Existe, freqüentemente, no corpo de professores, um alto nível de conhecimento técnico-científico, que se contrapõe, muitas vezes, à formação didático-pedagógica, e também há uma resistência às mudanças, entre outras coisas. Atualmente não se aceita mais um professor que tenha somente domínio de conteúdo e que “repasse” este aos estudantes. De um professor se requer também que incorpore diferentes saberes que dêem conta da complexidade da prática pedagógica. É importante que, além do conhecimento da área ou disciplina que ministra, tenha conhecimento e experiência profissional e que também tenha saberes pedagógicos. A pedagogia da transmissão deve ser substituída por metodologias ativas de aprendizagem.

A educação permanente de professores em muito contribuiria para auxiliar nesses processos de mudanças, principalmente diante das novas DCNs, em que a lógica da formação contempla um perfil generalista, em que novos cenários de ensino-aprendizagem precisam ser estabelecidos para o ensino da clínica e das especialidades, fugindo da prática mais comum, que é concentrada nos Hospitais Universitários e serviços próprios das instituições formadoras. Nessa educação permanente, também devem ser contemplados os estudantes, pois são, muitas vezes, resistentes às mudanças na forma de ensinar e no novo papel social dos trabalhadores de saúde.

Além da articulação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, outras aproximações são necessárias, como entre professores e estudantes de uma mesma Instituição de Ensino Superior (IES) ou entre IES. As experiências intercursos podem ser momentos ricos de trocas de experiências e promoção das práticas multiprofissionais e interdisciplinares. A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação. O trabalho em equipe multiprofissional tem sido preconizado com muita freqüência, mas não se observa um movimento para alavancar essa possibilidade por parte dos envolvidos no processo de formação. No mundo do trabalho, por mais que apareçam no

discurso o trabalho em equipe e o desenvolvimento de Estratégia de Saúde da Família, essas práticas ainda são incipientes. A formação pautada pelas especializações é o que verifico como um entrave para o trabalho em equipe.

As leis apontam para as mudanças, entretanto, o mundo da escola institui seus PPPs que não estão sendo implementados em sua totalidade, e o mundo do trabalho tem a ESF como um novo modelo para a atenção à saúde, mas que não consegue se instituir dentro da lógica preconizada. Portanto, continuamos perpetuando “novas roupagens em velhas práticas”, ou seja, o modelo da atenção à saúde continua sendo reproduzido, pois ainda permanece uma práxis imitativa reiterativa.

É indispensável uma polifonia para a divulgação das DCNs, a fim de gerar sua efetivação na prática e comprometer todos os sujeitos que, de uma maneira ou outra, estão envolvidos para a sua efetivação, em especial aqui o mundo da escola e o mundo do trabalho. Reforçando o descrito nas DCNs, que os trabalhadores da saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e com preparo das futuras gerações de trabalhadores, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais da saúde. É preciso rever a relação que se estabelece entre teoria e prática, ou seja, a interface existente entre uma concepção teórica e uma prática ainda não existente. A atividade teórica só pode ser inesgotável se não perder seus laços com a realidade, que deve ser objeto de interpretação e transformação. Não é tarefa fácil transformar as práticas de saúde, é necessário envolvimento e comprometimento das pessoas, tanto do mundo do trabalho como do mundo da escola. Para que isso aconteça, a co-gestão deve ser estabelecida entre: os coordenadores de cursos; entre estudantes e professores dos cursos da saúde, com atividades práticas ou estágios nos cenários de prática, por meio de projetos integrados e planejamento participativo; entre professores e estudantes com os profissionais dos cenários de práticas e comunidades, ampliando as discussões sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Existe uma série de impedimentos para a construção do processo de formação, tanto por parte do mundo do trabalho como por parte do mundo da escola. As políticas públicas existem, mas às vezes até parecem uma monodia, não são conhecidas pelos dois mundos e nem aplicadas. Campos (2007d, p. 298) refere que “há pedras no meio do caminho do SUS!” e aqui considero que existem pedras que precisam ser afastadas nos caminhos dos dois mundos, para que realmente a co-gestão ocorra. Para isso, são necessários elementos concretos para planejar e conduzir uma rede complexa. Esse autor também diz que falta uma

política de pessoal, falta incorporar avaliação à gestão. Enfim, existem muitas deficiências a serem superadas, e, dentre as citadas por ele, considero como a principal é que há uma falha entre nós que participamos do mundo do trabalho e do mundo da escola, e aqui me refiro aos que prestam os serviços e aos que recebem, não pensamos e agimos como se o SUS fosse nosso espaço vital encarregado de co-produzir saúde. Sendo assim, as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), para a consolidação do SUS, publicadas na Portaria/GM nº 399, de fevereiro de 2006, firmadas entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão, propõem mudanças significativas para a sua execução. Essas mudanças só ocorrerão se os sujeitos envolvidos, em cada parte desse País, com todas as suas diversidades, construírem e implementarem ações para essa consolidação. Desse modo, o mundo do trabalho e o mundo da escola – dois mundos em transformação, na construção de um novo âmbito, são espaços em que o Pacto pela Saúde deve ser um eixo transversal.

Portanto, em face do descrito neste estudo, esse novo âmbito precisa de mudanças nas organizações e nas práticas de saúde, na participação do controle social, bem como no processo de formação dos cursos em estudo. São necessárias mudanças, para a transformação em prol de uma realidade não só desejada, mas necessária e possível, ou seja, do ‘inédito viável’, segundo Freire (1987), em que não existe uma situação do definitivo e do acabado; da ausência das certezas e do sossego perfeito dos sonhos possíveis. Mas sim, um âmbito da inconclusão humana, não tem um fim, um termo definitivo de chegada, é sempre uma transformação incessante e permanente. Assim, alcançando o inédito viável pelo qual lutamos e sonhamos, este fará brotar outros tantos inéditos viáveis.

LIMITAÇÕES

Uma das limitações para o desenvolvimento deste trabalho foi a de fazer a pesquisa em dois âmbitos que não eram vivenciados no meu cotidiano (mundo da escola – docência e mundo do trabalho – Atenção Básica), mas, ao mesmo tempo, isso me ajudou a fazer uma leitura da realidade, sem idéias pré-concebidas. Contribuíram, por outro lado, a vivência do processo de formação e a relação entre o mundo da escola e o mundo do trabalho no âmbito hospitalar, no qual eu trabalho.

Outra limitação foi o exercício intelectual, da abstração teórica, pois a necessidade da aplicabilidade prática soava mais forte. Meu jeito de ser e querer fazer levou-me ao exercício de me disciplinar para vivenciar a reflexão e conduzir um trabalho articulando ação-reflexão-ação.

Considero, igualmente, que a falta de bibliografia ou o excesso dela podem se constituir em limitação, e foi o que presenciei. Ou seja, a expressiva produção científica a respeito da temática presente, nas três profissões da área da saúde, enfermagem, medicina e odontologia, impuseram-me um limite. E esse foi estabelecido quando percebi a saturação (repetição) de informações, idéias, entre outras coisas. Contudo, estou ciente da inconclusão da temática, o que implica no constante processo de construção e reconstrução do conhecimento, sem o qual se perde o sentido da criação, da transformação dos mundos da vida.

Finalmente, é importante mencionar que os resultados deste estudo representam recortes da problemática enfocada, sem a pretensão de tratá-la na sua totalidade. Percebo, assim, a necessidade de outros estudos sobre o processo de formação dos cursos na área da saúde na IES da região Sul, principalmente porque a partir do próximo ano a maioria dos cursos já vai estar com suas turmas formadas após a implantação das DCNs.

REFERÊNCIAS

ABEn. A construção coletiva de um ator no movimento das transformações da educação em saúde no Brasil FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde. **Jornal da ABEn**, Brasília, ano 46, n. 4, out/nov/dez. 2004.

ALMEIDA, M.J. Pronunciamento de Abertura do V Congresso Nacional da Rede Unida. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2. 2003. p.3-6.

ALMEIDA, M.J. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2. ed. Londrina: Rede UNIDA, 2005. 91p.

ALMEIDA, M. J. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, abr./jun. 2008. p.202-209

ARAÚJO, D. **Noção de competência e organização curricular**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento_Vol31%2032.pdf Acesso em: 21 outubro 2008.

AUGUSTO, O.; HELENE, O. A avaliação da educação superior. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2. abri/jun. 2003. p.21-24

BACKES, V.M.S. **Estilos de pensamentos e práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. Ijuí: Unijuí, 2000. 272p.

BALDANI, M.H et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035. jul/ago. 2005.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998. 136 p.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2. fev. 1998. p. 139- 154

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982. 312p.

Boletim da Rede UNIDA. Editorial, ano IV, n. 2, ago/set. 2000. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/boletim/pdf/bol_ago00.pdf Acesso 07/12/2006.

BRAGA, A. N. Reflexões sobre a superação do conhecimento fragmentado nos cursos de graduação. In: LEITE, Denise (Org.) **Pedagogia Universitária: conhecimento. Ética e política no ensino superior**. Porto Alegre: UFRGS, 1999. p. 19-36 .

BRASIL. Proposição de diretrizes: uma contribuição. In: 7.^a CONFERÊNCIA NACIONAL

DA SAÚDE, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial: IDA. **Série Caderno de Ciências da Saúde**, Brasília, n. 3, 1981. 32p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso: em 10/07/2007.

_____. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm acesso em 12/06/2006

_____. Lei Complementar 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõem sobre o controle social no SUS e dá outras providências. 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em : 04/04/2007

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8090.htm> Acesso em: 04/04/2007

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde**, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1. 1993a. 218 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório**. Brasília, 1993b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acesso: 13/10/2008

_____. Ministério de Saúde. Portaria n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/> Acesso em: 04/03/2008.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf> Acesso em: 30/06/2006

_____. Conselho Nacional de Saúde. **NOBRH-SUS, princípios e diretrizes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 48p.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 37. 9 nov. 2001a.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do

Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 38, 9 nov. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial No. 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/promed/portaria.asp>. Acesso em 23 setembro 2006.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 10, 4 mar. 2002.

_____. **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2003a. 32p.

_____. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003b. 604p.

_____. Portaria 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 e dá outras providências. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 66p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **AprenderSUS**. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 11p.

_____. Seminário Internacional Universidade XXI: novos caminhos para a educação superior. **Documento síntese**. Brasília, 2004c. Disponível em: http://mecsrv04.mec.gov.br/univxxi/pdf/relat_final.pdf. Acesso em 16 fevereiro 2007.

_____. **Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde, 2004d. 5p.

_____. Ministério da Saúde. 12.^a Conferência Nacional de Saúde. **Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 97p.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.118, de 03 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. 2005a Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/B%202118%20INSTITUIR%20PARCERIA%20ENTRE%20O%20MEC%20e%20o%20MS%20REF.pdf> Acesso em: 23 agosto 2008.

_____. Ministério da Saúde. Pró-saúde : programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005b. 77 p.

_____. Saúde/conceito IN: **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2005c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico.php> Acesso 03 novembro 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. **Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.148 p.

_____. Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/institucional/> Acesso 24 setembro 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.

_____. Ministério da Saúde.Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006. 60p. Portaria n. 648/GM/SM, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N^o1996 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. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf acesso em 20setembro de 2007.

_____. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Ottawa.pdf> Acesso em: 13 agosto 2008.

BUARQUE, C.A. **Aventura da universidade**. São Paulo: Edunesp, 1994. 240p.

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996. 702 p.

BUSS, P. M. **Mercado de trabalho e educação profissional**: abordagens indissociáveis e

necessárias ao Sistema Único de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2006.pdf> Acesso em: 26 out. 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; et al (Org) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.149 -182

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M. & SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144. jan/marv1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a. 236 p.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230. 2000b.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9. ago. 2001. p. 133- 142.

CAMPOS, G. W. S.; Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO,R. (orgs). **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266.

_____. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v.10, n. 2, abr/jun.2003a. p.7-14.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003b. 185 p.

_____. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica**. ABEM, 2005. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf Acesso em: 23 dezembro 2006.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. 175 p.

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b. 220p.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006c. p.53-92

_____. Considerações sobre a arte e a ciências da mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O caso da Saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. (ORG) **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006d. p. 29-87.

_____. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH**

Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, p. 55-60, mar. 2006e.

CAMPOS, G.W.S. O trabalho em saúde e a perspectiva Paidéia. Unidade de Produção. Departamentos dos serviços de saúde organizados segundo lógica interdisciplinar e modo de produção da atenção. 2007a. 48 slides. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_145834601.ppt Acesso em: 02 dezembro 2007.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./abr. 2007b .p 301-306..

_____. Há pedras no meio do caminho do SUS!. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, vol. 12, n.2 , mar/abr 2007c. p. 298-298

CAMPOS. G.W.S., AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. .12, n. 4, jul/aug. 2007. p 849-859.

CARTA DE BELO HORIZONTE. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 3, p.3-5, jul/set. 2005.

CARVALHO, Y. M. e CECCIM, R. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149 - 182

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4., p. 975-986, out/dez. 2005.

CECCIM, R; FEUERWERKER, L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1.400-1.410.set/out 2004.

CECILIO, L. C. O. Uma Sistematização e Discussão de Tecnologia Leve de Planejamento Estratégico Aplicada ao Setor Governamental. In: MERHY, E.E. ; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.161- 167

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos:um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 125-40, jan./mar. 2008.

CYRINO E.G; TORALLES, P. M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788. maio/jun. 2004.

CONIL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**, v. 18, Ed. suplementar, p. 191-202. 2002.

COSTA, M.A.M.C. Enfermagem e a globalização. A educação para a incerteza. **Sinais Vitais**, p. 11-14, nov. 2003.

COSTA, T.A. A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. **Revista Brasileira de Educação**, n. 29, p. 52-62. mai/jun/jul/ago . 2005.

DELORS, J. et al. **Educação um tesouro a descobrir**. 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília/DF:MEC/UNESCO, 2000. 288 p.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 1998. 128 p

DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. Referências para o ensino de competências na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 453-7, jul-ago. 2005.

_____. As novas relações entre os Mundos do Trabalho e da Formação. In: _____. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 03-16.

FEUERWERKER, L. C.M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rede Unida, n. 22, p.63-69, dez. 2000.

FEUERWERKER, L.C.M; COSTA, H.;RANGEL, M.L. Diversificação de cenário de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rede Unida, n. 22, p. 36-48, dez. 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. A construção no processo de mudança na formação dos profissionais da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rede Unida, n. 22, p. 18-24, dez. 2000.

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306p.

_____. Gestão de processos de mudanças na graduação em medicina In: MARINS, J.J.N.; REGO,S.; LAMPERT, J.B. et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidade**. São Paulo: HUCITEC - ABEM, 2004. p.17-39.

_____. Por que a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde. **Olho Mágico**, v. 13, n. 1, p. 32-8, jan/mar. 2006.

FAGUNDES, N. C.; BURNHAM, T. F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface**. Botucatu, set./fev. 2005, vol.9, no.16, p.105-114.

FERRAZ, F. **O processo de vinculação da educação continuada em serviço, com a equipe de enfermagem no cuidado terapêutico do cliente hemato-oncológico**. Trabalho de Conclusão [Graduação em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Maria, 2003. 189 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio**. CD-ROM Versão 5.11a. Curitiba: Positivo Informática, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000. 134p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184p.

_____. **Educação e mudança**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 79p.

_____. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 165p.

FORESTI, M.C.P. Ação docente e desenvolvimento curricular: aproximação ao tema. **Revista Abeno**, v.1, p. 13-16. jan/dez 2001.

FURTER, P. **Educação e vida**. Petrópolis: Vozes, 1968. 221 p.

GADOTTI, M. *et al.* **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 294 p..

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues et al . Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 230-239. abril/jun..2008.

HADDAD, Ana Estela et al (Orgs) **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. v. 15. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 528 p.

HOFFMANN, I. C. **Educação continuada em enfermagem no hospital universitário de Santa Maria: um desafio pré-profissional**. Trabalho de Conclusão [Graduação em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Maria, 2001. 168p.

JASPER, K. Da idéia de universidade à universidade de idéias. In: SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 187-233.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1991. 217 p..

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese [Doutorado em Saúde Pública] Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2004. 283p.

LIMA, V.V. Avaliação de Competência nos Cursos Médicos. In: MARINS, J.J.N.; REGO,S.; LAMPERT, J.B. ARAÚJO, J.G.C. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidade**. São Paulo: HUCITEC - ABEM, 2004. p. 123-140.

LOUREIRO, L. O. **Desvelar das terapias alternativas/complementares por meio do serviço de educação continuada em enfermagem do HUSM**. Trabalho de Conclusão

[Graduação em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Maria, 2004.182p.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUGARINHO, R.; LOPES, M.G.K.; PEREIRA, L.A.; Diretrizes Curriculares Nacionais e Níveis de Atenção à Saúde: Como Compatibilizar. **Revista Olho Mágico**, v. 13, n. 4, p. 5-8, out/dez. 2006.

MACHADO, M.H.; Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cadernos RH Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v.3, n.1, mar.2006.p.12-25

MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docenteassistencial (IDA) no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1995. 118p.

MASSETO, M. Inovação na Educação Superior. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.7, n.14, p. 197-202. set/fev.2004.

MARTINS, G. de A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006. 101 p..

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,R.A (ORG) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p 39-64.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

_____. **O desafio do conhecimneto: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira; MENDONÇA, José Márcio Girardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1146 Acesso em: 24 outubro 2008.

MORETTI-PIRES, R. O. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. 342 p.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21. jan/dez 2004.

_____. **Termo de Referência para as Oficinas de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia/projeto de Cooperação técnica.** [S.l.]:

OPAS/MS/ABENO, 2005e. Mimeografado.

NETO, David Lopes, TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Euclea Gomes et al. Um olhar sobre as avaliações de cursos de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 46-53, jan-fev. 2008.

NITSCHKE, R.G. **Nascer em família**: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação família saudável. 1991. 313p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

_____. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem pelo cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Universitária/Florianópolis: UFSC, 1999. [Série Teses em Enfermagem]

NOVAES, M. Histórico das Idéias e Propostas. In: MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 21- 55.

NOVÓA, A. Universidade e formação docente. Entrevista. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 4, n. 7, p. 129-37, ago. 2000.

NUNES, E. P. **Informática e enfermagem juntas na busca da qualificação acadêmica e assistencial do profissional de enfermagem**. Trabalho de Conclusão [Graduação em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Maria, 2002. 213p.

OLIVEIRA, M. S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**, v.10, n. 2, p.37-39, abr/jun. 2003.

OLIVEIRA, I. B. **A crise do paradigma da modernidade e a ciência pós-moderna**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

PAIM,J.S.; ALMEIDA, N.F. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316. ago/1998.

PEDROSA, J.T.S., TELES J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, p. 303-11. mar/2001.

PENSADOR.INFO. Mário Quintana. Disponível em: http://www.pensador.info/autor/Mario_Quintana/ Acesso em: 12 setembro 2008.

PERISSÉ, G. **Filosofia, ética e literatura**: uma proposta pedagógica.Barueri, SP: Manoele, 2004. 314 p.

PERRENOUD P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PIERANTONI, Célia Regina, MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, p. 23-34, mar. 2006.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 279 p..

RANGEL, M. Coordenação para qualidade dos cursos: repensando conceitos e competências. **Olho Mágico**, v. 8, n. 3, set/dez. 2001. <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/especial.htm> acesso em 16/10/08

REIBNITZ, K. S. **Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica**. Tese [Doutorado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. 147 p.

REIBNITZ, K. S. PRADO, M.L. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 239p.

RIBEIRO, E.C.O, LIMA, V.V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 47-53. abr/jun. 2003.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 51p.

SANTANA, J.P.A., CAMPOS, F.E., SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: _____. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**. Brasília: MS/OPS/UFRN, 1999. 450 p.

_____. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf Acesso em: 26 outubro 2007.

SANTANA, M. M. **Prática pedagógica - determinação e especificidade**. Maceió: Departamento de Teorias e Fundamentos da Educação/CEDU – UFAL. Disponível em: <http://www.cedu.ufal.br/Revista/Revista04/Moises.html> Acesso em: 15 abril 2006.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 348 p.

SAKAI, M. H.; LIMA, G.Z. PBL: uma visão geral do método. **Olho Mágico**, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp. 1996.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho - limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993. 229 p.

SENA, R.R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 23-34, jan./mar. 2008.

SCHMIDT, S.M.S. **Educação continuada no trabalho: possibilidades e limites para construção de uma política institucional transformadora**. Dissertação [Mestrado em Educação] Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Maria, 2002. 158 p.

SCHMIDT, S.M.S. et al. Formação clínica em Enfermagem Comunitária: discursos, práticas e análises. Encaminhado para **Revista Rol Enfermeria**. Mimeo. Jul/2008.

SCHÖN D. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 255 p.

SELLTIZ, C. W.; L.S. COOK, S.W.; KIDDER, L. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: EPU, 1967. 687 p.

SERPA, C. A., MARANHÃO, É. de A., DURHAM, E. et al. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.** Conselho Nacional de Educação. Cons. Parecer nº 776/97. CES. 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>. Acesso em: 27 novembro 2006.

SINGER, Paul. A universidade no olho do furacão. **Estudos. Avançados**, v. 15, n. 42, may/aug. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v15n42/v15n42a16.pdf>. Acesso em: 12 dezembro 2006.

SILVA, E. et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST / AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36. n. 4 supl., p. 108-116. 2002.

SOUSA, M.F. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002. 220p.

STAKE, R.E. **Investigacion com estúdio de casos.** Morata. Madrid. Espanha. 1998. 159p.

STELLA, R,C,R; BATISTA, N.A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional. In: MARINS, J.J.N.; REGO,S.; LAMPERT, J.B. et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidade.** São Paulo: HUCITEC - ABEM, 2004. p. 325-345.

STRECK, D.R.; REDIN,E.; ZITKOSKI, J.J. (Org). **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autentica, 2008. 445 p.

STREUBERT,H. J.; CARPENTER, D.R. **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista.** 2. ed. Lusociência, Loures. 2002. 383p. 255 p.

TANCREDI.F. B. FEUERWERKER. L.C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v. 8, n. 2, mai./ago.2001.

TEIXEIRA, E. et al (Org.). **O ensino na graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 129 p..

TESTA, M. **Pensar en salud.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993. 233p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 681p.

UNFER, B. **O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação.** Tese (Doutorado em Odontologia) Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2000. 212p.

VASCONCELLOS, C.S. **Planejamento.** Projeto de ensino – aprendizagem. Projeto Político Pedagógico. São Paulo: Libertad, 1999.

VASCONCELLOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo. Hucitec, 2001.289p.

_____. **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde.** São Paulo.: Hucitec, 2006. 308 p..

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde: In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org) **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.

VÀZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454p..

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

ZANOLLI, M.B. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica.** In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. et al. (Orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo. HUCITEC, 2004. p 40-61.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Local:.....Data:.....Mês:.....

Ano:.....Hora:.....Duração:.....

O que observar	Situações a serem observadas nos cenários de práticas	Forma de acesso aos dados
Articulação entre ensino, pesquisa, extensão/assistência	Existência de projetos conjuntos desenvolvidos pelo mundo da escola e pelo mundo do trabalho. Como se efetivam?	Busca em documentos Observação nos momentos de interação
Inserção precoce do estudante nos cenários de práticas	Quando inicia a inserção dos alunos nos cenários de prática? Quais atividades desenvolvidas?	Planos de Ensino Entrevista com o coordenador
Trabalho em equipe multiprofissional	Existe relação entre disciplinas? E entre os diferentes profissionais? Como se manifestam as questões de campo e núcleo?	Observação participante
Níveis de Atenção à Saúde desenvolvida pelos estudantes dos três cursos	Desenvolvem ação de promoção, proteção e reabilitação - individual e coletiva. Existe a participação dos estudantes nos grupos desta comunidade? Como ocorrem esses processos?	Observação participante
Integração ensino-serviço	Como ocorre a planejamento das atividades nos cenários de prática? Quais contribuições que existem com o mundo do trabalho por parte do mundo da escola e vice-versa?	Observação participante
Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde – ABS; Regionalização; Territorialização	Conhecem a área da abrangência? Acompanham os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe nas visitas domiciliares? Participam das atividades de assistência nas áreas do PSF?	Busca em documentos Observação participante
Educação Permanente	Dos trabalhadores de saúde para participação no ensino e vice-versa.	Nos cenários de práticas Entrevista com coordenador do curso

APÊNDICE B - ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DE CURSOS

1. Como é o processo de formação na Rede de Atenção Básica dos profissionais de Enfermagem, Medicina e Odontologia, nos cenários de práticas, visando o fortalecimento do SUS?
2. Como é a relação do Curso com os cenários de prática?
3. Como está a aplicação das DCNs? Existe um programa de educação permanente para o corpo docente?
4. Qual a opinião dos professores sobre o ensino na rede básica?
5. Quais as maiores facilidades e dificuldades que você percebe para efetivar a integração ensino-serviço na Rede de Atenção Básica?
6. Deseja fazer mais algumas considerações?

APÊNDICE C - ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL DO NEPeS DA SMS

1. Fale sobre a relação dos cenários de prática com os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia?
2. Qual a sua opinião sobre a formação?
3. Qual o papel da Rede de Atenção Básica nessa formação?
4. Existe um programa de Educação Permanente para os Trabalhadores de Saúde? É prevista a participação dos estudantes e professores?
5. Quais as maiores facilidades e dificuldades que você percebe para efetivar a integração ensino-serviço na Rede de Atenção Básica?
6. Deseja fazer mais algumas considerações?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Sandra Marcia Soares Schmidt, aluna do programa de Pós- Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do curso de Doutorado em Enfermagem, orientada pela Profª Drª Vânia Marli Schubert Backes. Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “O Processo de Formação na Rede de Atenção Básica dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia”. Tem como objetivo geral analisar o processo de formação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, no que se refere aos cenários de prática na Rede de Atenção Básica, identificando a articulação existente entre o mundo da escola e o mundo do trabalho, para a efetivação do SUS. A justificativa reside na importância das Instituições de Ensino Superior (mundo da escola) passarem a favorecer a capacidade de reflexão e o espírito crítico dos estudantes, e das instituições de saúde, os cenários das práticas (mundo do trabalho), proporcionarem aos estudantes oportunidades para o desenvolvimento dessas capacidades. Também é necessário que os sujeitos desses mundos interajam e contribuam para o crescimento de ambos.

Para o desenvolvimento do referido projeto serão utilizados os seguintes procedimentos: análise documental das instituições – UFSM – Curso de Enfermagem, Medicina e Odontologia e Secretaria da Saúde de Santa Maria; observação direta dos Estudantes, Docentes e Trabalhadores de Saúde, em atividade e em entrevista semi-estruturada com Estudantes, Docentes, Coordenadores de Cursos e Trabalhadores de Saúde, em atividade.

Todas essas atividades serão realizadas após autorização oficial dos respectivos cursos e Secretaria de Saúde, em horários e locais previamente determinados. Todos os registros serão feitos somente pela pesquisadora, ficando sob posse e responsabilidade desta.

Por isso, solicito sua colaboração participando desta pesquisa, que se efetivará no local de atividades práticas e em local reservado para as entrevistas individuais. Estas serão gravadas, em gravador digital, pela pesquisadora, e depois regravadas no computador. Será providenciada a substituição do seu nome por número, no arquivo, com a finalidade de impedir quebra acidental de sigilo, bem como todos os registros e demais documentos recomendados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa ficarão mantidos em arquivo, sob a guarda da pesquisadora, por cinco anos. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, sendo sempre a sua identidade preservada, em todas as etapas.

Comunico que a pesquisa não prevê riscos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer de suas fases. Espera-se com esta pesquisa obter benefícios, oferecendo subsídios para a discussão sobre o processo de formação nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Além disso, comprometo-me a garantir que receberá respostas a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, como também a liberdade de, em qualquer momento, desistir de sua participação, sem qualquer

prejuízo. Será assegurado o direito de conhecer o conteúdo final por você comunicado e os resultados da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone abaixo. Se você estiver de acordo em participar dela, ser-lhe-ão garantidas todas as informações requisitadas, bem como assegurada a *confidencialidade* de seus dados pessoais, na tese ou em publicações que dela se originarem.

Pesquisadora Principal: Enfermeira Sandra Marcia Soares Schmidt

Fones de contato: (0xx55) 9653-6951/ 3307-7258

End.: Guilherme Cassel Sobrinho, 330/601

CEP 97050-270

Santa Maria - RS

Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na UFSM para qualquer esclarecimento que tenha necessidade, por intermédio do endereço abaixo.

Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal de Santa Maria

Avenida Roraima, nº 1000 - Cidade Universitária, Bairro Camobi

Pró-Reitoria de Pós-Graduação - Sala 736

CEP 97105-900

Telefone: (55) 3220-9362

Consentimento Pós-Informado

Eu _____, residente e domiciliado na _____, portador da Carteira de Identidade RG nº _____, tenho conhecimento dos objetivos e propósitos do estudo “O Processo de Formação na Rede de Atenção Básica dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia” e fui informado de forma detalhada sobre a confidencialidade das informações que prestar, assim como fui assegurado da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha atividade profissional.

Estando ciente dessas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Assinatura do Participante _____
Santa Maria, _____ de _____ de 2007.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre a sua participação, poderá contatar com a pesquisadora Sandra Marcia Soares Schmidt, pelos telefones (0xx55) 3217-8930 e 9971-6734 ou e-mail: sandra@smail.ufsm.br

Agradeço a sua participação.

Ass. da Pesquisadora Principal _____

Obs: Este documento possui duas vias, uma que pertence à pesquisadora e outra para a pessoa que deu as informações.

ANEXOS

ANEXO 1

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: O processo de formação na rede de atenção básica dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia

Número do processo: 23081.002790/2007-95

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0042.0.243.000-07

Pesquisador Responsável: Vânia Marli Schubert Backes

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Abril/2008 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 10/4/2007

Santa Maria, 11 de abril de 2007.



Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.