



**Universidade  
Estadual de Londrina**

---

**DANIEL CARLOS DA SILVA E ALMEIDA**

**A Formação Superior e as Conferências  
Nacionais de Recursos Humanos em Saúde**

---

LONDRINA  
2008

**DANIEL CARLOS DA SILVA E ALMEIDA**

**A Formação Superior e as Conferências  
Nacionais de Recursos Humanos em Saúde**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da  
Universidade Estadual de Londrina para a  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva**

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Lúcia Garanhani

LONDRINA  
2008

DANIEL CARLOS DA SILVA E ALMEIDA

**A Formação Superior e as Conferências  
Nacionais de Recursos Humanos em Saúde**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da  
Universidade Estadual de Londrina para a  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Márcio José de Almeida  
Universidade Estadual de Londrina

---

Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Célia Regina Rodrigues Gil  
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

A447f Almeida, Daniel Carlos da Silva e.  
A formação superior e as conferências nacionais de recursos humanos em saúde / Daniel Carlos da Silva e Almeida. – Londrina, 2008.  
111f. : il.

Orientador: Márcio José de Almeida.  
Co-orientador: Mara Lúcia Garanhani.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

Bibliografia: f.98-111.

1. Saúde pública – Teses. 2. Recursos humanos na saúde pública – Teses.  
3. Política de saúde – Teses. 4. Educação médica – Teses. I. Almeida, Márcio José.  
II. Garanhani, Mara Lúcia. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de

*Dedico*

Aos meus pais, João Batista e Maria Auxiliadora, aos meus avós maternos e paternos Carlos e Francisca, Manuel e Maria.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por tudo.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e apoio incondicional em todos os momentos.

À minha namorada, Luciana, pela compreensão, pelo incentivo, pelo amor demonstrado.

Ao orientador Márcio e à co-orientadora Mara, por acreditarem neste trabalho.

A todos os professores do mestrado, pelo conhecimento compartilhado.

Ao pessoal do NESCO, por toda ajuda e atenção dispensadas.

Aos meus “parceiros” Alberto e Edmarlon.

Aos outros amigos mestrando, pelos momentos juntos.

A todos os meus amigos e amigas, próximos e distantes, que participaram comigo do processo de construção desse trabalho.

ALMEIDA, Daniel Carlos da Silva e. A Formação Superior e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde. Londrina, Paraná. 2007. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

## **RESUMO**

Esta pesquisa buscou resgatar e aprofundar a discussão sobre a formação profissional em saúde a fim de contribuir para a compreensão da realidade e das políticas instituídas. O objetivo foi analisar as propostas e os problemas relacionados à formação superior em saúde, no âmbito da graduação, nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS). Para isso, foram utilizados como objetos de análise os relatórios finais dessas Conferências. A abordagem utilizada foi qualitativa e para a análise dos dados optou-se pelo método da análise de conteúdo preconizado por Bardin, no qual as informações analisadas foram codificadas em categorias por meio da análise temática. Essas categorias versaram sobre o perfil profissional, as práticas de ensino-aprendizagem e a articulação ensino-serviço-comunidade. As CNRHS foram fóruns de manifestação do controle social sobre as políticas relacionadas ao tema que contaram com a participação de diversos atores. Suas propostas acompanharam o processo de reorientação da atenção e da formação em saúde ditado por esses atores ao longo de vinte anos. Apesar dos problemas apontados na análise documental, pode-se inferir que a questão da formação dos profissionais de saúde se encontra em evolução, tanto no campo político e teórico como no prático, e hoje se constitui uma política legitimada. Assim, esse trabalho contribui demonstrando a evolução da formação dos profissionais de saúde, mesmo aquém das necessidades de mudança, e evidencia a complexidade da gestão do trabalho no SUS, a sua relação com as instituições de ensino, que não são homogêneas entre si; com os serviços, representados por gestores e profissionais; e com as políticas intergovernamentais articuladas entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Palavras-chave: Conferências de Saúde; Política de Saúde; Formação de Recursos Humanos.

ALMEIDA, Daniel Carlos da Silva e. The Graduation and the National Conferences on Health Human Resources. Londrina, Paraná. 2007. 111 f. Essay (Masters in Common Health) – State University of Londrina.

### **ABSTRACT**

This research aimed to resume and go deeper into the discussion about the professional formation in health areas in order to contribute to the understanding of the reality of the public policies applied. The objective of the study was to analyze the proposals and the problems related to graduation in health areas, concerning the graduation itself and the National Conferences on Health Human Resources (NCHHR). In order to do so, the final reports of the Conferences were used as the analysis object of this research. The approach used was qualitative and, for the data analysis, the method of content analysis by Bardin was chosen, in which the information analyzed was codified under categories by thematic analysis. Those categories talk about the professionals' profile, the teaching-learning practices and the relation teaching-service-community. The National Conferences on Health Human Resources were forums on social control over the policies related to the theme that had the participation of several professionals. Their proposals followed the process of attention reorientation and graduation in health areas set by the professionals over the last twenty years. In spite of the problems pointed out at the documental analysis, one can conclude that the matter of the health professionals formation is developing, both in the political and practical fields, and is today a legitimate policy. therefore, this study contributes by showing the evolution of the formation of these health professionals, even if not fulfilling the necessities of change, and gives evidence to the complexity of the work by SUS, and its relation with the teaching institutions, which are homogeneous themselves; with the services represented by supporters and professionals; and with the articulated intergovernmental policies between the Health Ministry and the Education Ministry.

Key words: Health Conferences; Health Policy; Human Resources Formation.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3 BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Os Recursos Humanos em Saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 A Formação Superior em Saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 As Conferências de Saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>4 BASES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 A escolha dos documentos .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 A análise dos documentos selecionados.....</b>	<b>39</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>5.1 Aspectos Gerais .....</b>	<b>42</b>
<b>5.2 Categorias analíticas .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.1 Perfil profissional .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2.2 Práticas de ensino e aprendizagem .....</b>	<b>61</b>
<b>5.2.3 Articulação ensino-serviço-comunidade .....</b>	<b>81</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>98</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Principais acontecimentos históricos e políticos relacionados à temática da formação superior em saúde entre os anos de 1986 e 2006 .....	<b>43</b>
<b>Figura 2</b> - Quadro demonstrativo relativo à data, à gestão política e ao número de participantes das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde .....	<b>50</b>
<b>Figura 3</b> - Quadro demonstrativo do tema central, dos tópicos organizativos e do número de páginas dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde .....	<b>51</b>
<b>Figura 4</b> - Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da primeira categoria analítica .....	<b>54</b>
<b>Figura 5</b> - Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da segunda categoria analítica .....	<b>61</b>
<b>Figura 6</b> - Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da terceira categoria analítica .....	<b>81</b>

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACG	Avaliação dos Cursos de Graduação
ANEPS	Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
Aprender SUS	Política do SUS voltada para a mudança dos cursos de graduação na área da saúde
AVALIES	Avaliação das Instituições de Educação Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
ENADE	Avaliação do Desempenho dos Estudantes
ESF	Equipe de Saúde da Família
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Leis Orgânicas da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEEPIN	Projeto Especial de Ensino
PEPS	Pólo de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
Promed	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VER-SUS	Vivências e Estágios na Rede SUS

## 1 INTRODUÇÃO

Debater a formação em saúde significa discutir o ensino de graduação, que tem uma história centrada em conteúdos e na pedagogia da transmissão, com excesso de carga horária e excessiva oferta de disciplinas. Nesse âmbito observa-se uma desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. Na questão das políticas educacionais, o ensino de graduação não tem uma integração com o serviço voltada para uma formação capaz de potencializar competências para a integralidade, incluindo o enfrentamento das necessidades de saúde da população e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO & CECCIM, 2006).

A luta pela construção do SUS resultou em grandes conquistas, como o direito constitucional à saúde, mas sua efetivação ainda enfrenta uma série de dificuldades. Para resolvê-las são apontadas algumas estratégias: mudança no modelo de atenção, fortalecimento da participação popular e adequação da formação profissional.

Para Feuerwerker (1998), a substituição do sistema de atenção à saúde, centrado na assistência curativa, hospitalar e especializada, por um modelo que valorize a integralidade, o cuidado humanizado e a prevenção e promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde.

Neste sentido, um dos aspectos críticos do SUS é o processo de formação fundamentado num modelo de ensino que valoriza as ciências básicas e desvaloriza a promoção e a prevenção da saúde. Outros problemas que expressam a complexidade da questão são a desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços, o ensino dissociado do trabalho e a ausência de controle social na formulação e implementação de políticas (NORONHA *et al.*, 2002).

No entendimento de Ivama *et al.* (1997), a formação profissional em saúde tornou-se obsoleta e ineficaz diante das transformações que vêm ocorrendo na sociedade. A explicação para esse fato, segundo os autores, é que essa formação é estruturada sob um modelo pedagógico fragmentado e voltada para uma formação tecnicista e especializada. Esse modelo de ensino é baseado na transmissão de conhecimento, no qual o professor é a principal fonte de informação e o aluno um sujeito passivo do processo.

Quando se fala em formação profissional em saúde é importante que se tenha em mente os vários tipos de trabalhadores, os níveis de formação e as funções desempenhadas. As perspectivas são muitas, mas nesta pesquisa o enfoque será o ensino de graduação.

Nesse âmbito, não existe um consenso sobre as competências que caracterizam uma formação geral e sobre as contribuições das diferentes áreas profissionais no ensino. Esse fato provocou a multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos e de procedimentos que produziu uma fragmentação no ensino (FEUERWERKER, 2006).

Por esse motivo, há no Brasil um movimento que busca mudanças na formação dos profissionais de saúde por meio da construção de um novo modelo acadêmico. Um dos aspectos desse movimento considera que a intersecção dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade é capaz de criar uma nova proposta de trabalho, pois esses espaços são considerados campos de ação de sujeitos ou atores sociais (BLEJMAR & ALMEIDA, 1999).

Representando esse movimento nos anos 90 estava a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que articulava as escolas médicas do país em torno da avaliação como um instrumento fundamental para produzir as mudanças necessárias na formação (BRASIL, 2002a).

Outro representante é a Rede Unida que congrega pessoas, instituições de ensino superior (IES) e projetos que consideram que o trabalho articulado entre universidade, serviços e população é uma importante estratégia para desencadear processos de mudança da formação. No Brasil, há um crescente número de projetos de inovação e algumas experiências de transformação do ensino superior em saúde em desenvolvimento (BRASIL, 2002a).

Dentre esses projetos está o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). Resultado de articulações entre Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Rede Unida e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) essa política pública, criada em 2002, era voltada ao apoio e a implementação de mudanças na formação médica, sendo mais tarde estendida aos cursos de odontologia e enfermagem, passando a ser chamada de Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (ALMEIDA *et al.*, 2005; SIQUEIRA, 2002).

A reorientação no processo de formação buscada por essas políticas do MS objetiva integrar a academia ao serviço de saúde e dar respostas às necessidades da população em relação à formação de recursos humanos, produção de conhecimento e prestação de serviços (BRASIL, 2005a).

Outros projetos relacionados a essa temática e também apoiados pelo MS estão representados pela política Aprender SUS, que engloba o VER-SUS (Vivências e Estágios na Rede SUS) e o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Essa política é voltada para a mudança dos cursos de graduação de acordo com as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS (BRASIL, 2007).

O SUS dispõe de mecanismos legais de discussão, negociação e pactuação de propostas e políticas de orientação do processo de formação, que não estão sendo utilizados em todo seu potencial. A insuficiente articulação política dos Ministérios da Saúde e da Educação contribuiu para um distanciamento entre a formação de profissionais, as necessidades da população e a operacionalização do próprio SUS (BRASIL, 2005a). Historicamente essa insuficiente articulação existe mas, atualmente há várias iniciativas conjuntas entre esses dois Ministérios.

As Conferências de Saúde ocupam junto com os Conselhos de Saúde a condição de instância formal do exercício da participação popular no SUS. As Conferências surgiram na perspectiva que a participação da sociedade se antecipe à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, as diretrizes e os pressupostos que devem orientar a formulação de políticas no período seguinte. Assim, elas são os espaços públicos de deliberação coletiva que devem guiar a estruturação e condução do SUS (GUIZARDI, 2004).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi o marco da Reforma Sanitária, pois suas deliberações foram referência para a formulação do SUS. Por recomendação dessa Conferência aconteceu no mesmo ano a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) com o tema central: “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”. Naquele momento, consolidava-se assim uma agenda para o movimento da Reforma, em relação às políticas de gestão, formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (BRASIL, 2005b).

Na 1ª CNRHS foram identificados alguns problemas na área do ensino em saúde como, por exemplo, a ausência de integração entre o ensino e os serviços, a alienação das escolas da realidade social e os conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema de educação. A integração ensino/serviço estava relacionada aos projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), os modelos curriculares apresentavam-se desarticulados e as instâncias dos serviços de saúde não eram considerados locais adequados para formar um bom profissional (CAMPOS *et al.*, 2006).

A 9ª CNS, realizada em 1992, recomendou a realização da 2ª CNRHS que aconteceu em 1993 e teve como tema central: “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”. Esse encontro analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, da implementação do SUS e da sua relação com os trabalhadores na esfera da formação, do desenvolvimento e da gestão do trabalho (BRASIL, 2005b).

Em um texto produzido para a 2ª CNRHS, Campos *et al.* (2006) apontavam que as mudanças curriculares introduzidas no ensino em saúde mantinham referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado e que a estrutura curricular era baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. O conhecimento repassado por disciplinas do ciclo básico era fornecido por departamentos cada vez mais especializados e os procedimentos pedagógicos adotados eram baseados em uma atuação passiva do aluno.

A 10ª CNS, em 1996, consolidou propostas de outras Conferências anteriores e propôs uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS. A 11ª CNS, em 2000, aprovou esse documento como Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) (BRASIL, 2005b).

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela aplicação da NOB-RH/SUS como Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dessa forma, foi criada, no âmbito do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de implementar uma política que valorizasse o trabalho no SUS e seus trabalhadores. Neste mesmo ano, a 12ª CNS reiterou a imediata adoção dos termos dessa política e determinou a realização da 3ª Conferência temática de recursos humanos, que a partir de então foi chamada Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) (BRASIL, 2005b).

A 3ª CNGTES foi realizada em 2006 e teve como tema central: “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Essa conferência propôs diretrizes para a implementação de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde, a fim de ampliar a participação e a responsabilidade dos segmentos do SUS em sua execução, fortalecendo o compromisso social nesse campo (DOMINGUEZ, 2006).

Uma das prioridades definidas dessa Conferência foi adequar os currículos da área da saúde à realidade brasileira e a participação da sociedade nesse processo. O excessivo e desarticulado debate de teorias sobre formação em saúde, não postas em prática, foi muito criticado nesse evento (DOMINGUEZ, 2006).

Da 1ª CNRHS à 3ª CNGTES passaram-se vinte anos e muitas mudanças ocorreram no país, principalmente na área da saúde e da educação. Essas mudanças fazem parte do contexto desta pesquisa, que tem como justificativa contribuir para atuar sobre a desarticulação entre a formação profissional em saúde e o preconizado pelas diretrizes e princípios do SUS, que vem impedindo sua real implementação.

Uma vez que as Conferências de Saúde representam espaços formais de discussão acerca de problemas e dificuldades encontradas, de avaliação das necessidades e de proposição de diretrizes para formulação de políticas no SUS, é importante compreender como a questão da formação superior em saúde, no âmbito da graduação, foi tratada nas CNRHS e na CNGTES? E ainda, quais foram as propostas relacionadas a essa temática apresentadas, discutidas e aprovadas?

A importância de se responder essas perguntas está relacionada com a formulação de novas políticas de saúde e ensino, que devem ser construídas de maneira articulada entre as IES, o SUS e a população. A discussão em torno desse assunto não é nova, como observado na explanação inicial. Assim, essa pesquisa busca resgatar e aprofundar as propostas sobre o tema a fim de contribuir para a compreensão dessa realidade e possibilitar a re-orientação das políticas de saúde relacionadas à formação profissional.

## 2 OBJETIVOS

### Geral

- Analisar as propostas e os problemas relacionados à formação superior em saúde debatidas no âmbito das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde nos diferentes contextos da Reforma Sanitária.

### Específicos

- Identificar os atores relacionados com a temática da formação superior em saúde no âmbito da graduação;
- Analisar as propostas e os problemas relacionados à temática da formação superior em saúde no âmbito da graduação;
- Analisar o desenvolvimento das propostas relativas à formação superior em saúde no âmbito da graduação expressas nas Conferências, relacionando-as com os movimentos políticos e sociais vigentes.

### **3 BASES CONCEITUAIS**

#### **3.1 Os Recursos Humanos em Saúde**

Para contemplar os objetivos do estudo, faz-se necessário trabalhar o significado do termo “recursos humanos” a partir da 1ª CNRHS. Nessa época e até a 2ª CNRHS, o cenário das discussões sobre recursos humanos tinha como pano de fundo as crises econômicas, o desemprego, o achatamento salarial, o estancamento e a deterioração dos serviços públicos, sendo os campos da saúde e da educação os principais atingidos (BOURGUIGNON *et al.*, 2003).

Neste contexto, Silva (2005) aponta que o termo recursos refere-se a bens, a posses, e afirma que o recurso humano pode ser considerado da mesma forma que o recurso material, o logístico e o financeiro. Assim, os recursos humanos eram pensados apenas como um bem necessário para a execução da ação e o trabalhador visto como um objeto e não como um sujeito.

A concepção de recursos humanos quando relacionada a um conjunto de agentes competentes para o desenvolvimento de ações que envolvam o aspecto curativo, de promoção e proteção à saúde é falha. Esses agentes são vistos pelos gestores como um insumo, focados na ótica da otimização de alocação e utilização, para atender a legislação vigente. Na complexidade do campo da saúde essa concepção não leva em consideração a natureza do trabalho e as especificidades dos atos profissionais (BOURGUIGNON *et al.*, 2003).

Diante do exposto, as abordagens conceituais do termo recursos humanos sofreram uma evolução. A nova abordagem absorveu o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho como o emprego e o desemprego, a produção, a renda, o assalariamento e configurou-se na gestão do trabalho, uma

mistura que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade (PIERANTONI *et al.*, 2006).

A gestão do trabalho leva à reflexão sobre a participação do trabalhador em uma perspectiva ampliada, por meio de uma visão sistêmica do ambiente de trabalho. Essa concepção que aponta para uma visão do ser humano como um sujeito no seu local de trabalho, pressupõe pensar que esse local proporcione a construção de sujeitos e de subjetividades e, que esse espaço propicie a democratização das relações de trabalho (SILVA, 2005).

Assim, já na 3ª CNGTES a expressão recursos humanos deixou de ser empregada, pois, houve a compreensão de que os trabalhadores de saúde não são um insumo que se agregam aos recursos financeiros, tecnológicos e estruturais na produção dos serviços de saúde, eles são os próprios serviços de saúde. Então, o politicamente correto tornou-se gestão do trabalho (DOMINGUEZ, 2006).

Apesar de concordar com a evolução na utilização do termo recursos humanos exposto acima, nessa pesquisa esse termo será comumente usado para tratar dos trabalhadores e profissionais da área da saúde em geral. Esse processo de evolução, de recursos humanos à gestão do trabalho é explorado na discussão do trabalho.

### **3.2 A Formação Superior em Saúde**

Na formação superior em saúde, ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de novas possibilidades pedagógicas e interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudanças. Currículos integrados, articulações ensino-serviço, projetos UNI, os movimentos coordenados pela Rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a organização das executivas do movimento estudantil são exemplos de reformas do ensino que interagem com os movimentos de mudança no setor saúde (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Na década de 80, posições inovadoras e críticas aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e sociais reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e recuperassem a integralidade, incorporando os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. Nesse sentido, a Rede IDA trouxe materialidade e história às áreas de ensino e saúde com projetos em toda América Latina. Suas experiências foram determinantes para expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa e de invenção de projetos multiprofissionais (CARVALHO & CECCIM, 2006).

A rede de serviços ainda era pequena naquela época, e as novas propostas de organização de serviços começavam a se esboçar com base nos princípios que depois vieram a reger o SUS. Do ponto de vista do fortalecimento do pensamento e das propostas para o sistema de saúde esses projetos tiveram impacto importante, porém, seu impacto no processo de formação foi bem menor. As experiências inovadoras permaneceram isoladas em seus departamentos de

origem e as relações com os serviços foram verticais. A universidade não levou em conta os interesses e necessidades dos serviços e da população. Por tudo isso, ocorreu um desgaste de muitos dos projetos de IDA e também da rede na qual eles se articulavam (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Levando em conta esses fatores e acompanhando iniciativas da Fundação Kellogg, surgem na década de 90 os projetos UNI – *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade*, que visavam uma maior articulação entre o ensino das profissões de saúde e a incorporação da comunidade na colaboração entre as instituições educacionais e de serviço. Os objetivos desses projetos eram contribuir para a reorientação da formação profissional no âmbito da graduação, fortalecer a construção de sistemas locais de saúde e promover o desenvolvimento comunitário (ALMEIDA, 1999).

Nos primeiros anos de funcionamento dos projetos UNI houve uma aproximação entre eles com o objetivo de fortalecer seus processos internos, por meio de intercâmbio de experiências e atividades conjuntas. Percebeu-se com essa interação que havia problemas comuns passíveis de resolução conjunta. Por outro lado, percebeu-se que era importante intervir nos cenários nacional e internacional para garantir sustentabilidade e governabilidade aos projetos, a fim de construir ambientes favoráveis aos processos de mudança. Para isso, os participantes desses projetos consideravam que uma articulação somente entre eles seria insuficiente. A Rede IDA pareceu o parceiro ideal, pois nela estavam muitos dos aliados ao movimento de mudança na formação profissional em saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Assim, foi sistematizada e implementada na América Latina a reunião dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (projetos UNI) e dos projetos de integração docente-assistencial (projetos IDA) que culminou com a estruturação da Rede Unida.

Por meio dos trabalhos da Rede Unida constatou-se que não havia uma tematização em relação à formação dos profissionais de saúde nos espaços de discussão e decisão das políticas públicas e construção do SUS. Uma das hipóteses para isso repousava na concepção de que as mudanças na organização do sistema de saúde antecederiam e determinariam as mudanças na formação profissional (ALMEIDA, 1999).

A Rede discordava dessa hipótese, pois acreditava que os dois processos tinham de ser construídos simultaneamente, de modo articulado, fora dos muros das universidades. Para fortalecer sua hipótese, a Rede articulou-se com setores e segmentos que incluíam a questão da formação na agenda política da saúde e da educação. Também procurou fortalecer as discussões com os Ministérios e Conselhos de Saúde e de Educação, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Na mesma época, o projeto de trabalho da CINAEM inovou ao propor uma reforma do ensino em saúde. A primeira dimensão desse projeto articulou vários segmentos com interesse no debate do ensino: docentes, profissionais, gestores do sistema de saúde e estudantes. A segunda dimensão apontou para uma formação dirigida pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, sociais e biológicas. Embora não operacionalizado, esse projeto desejava uma nova teoria científica do ensino (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Em relação à Rede Unida, a partir da identificação de oportunidades estratégicas de intervenção no cenário político a Rede produziu propostas que pudessem favorecer o processo de mudança na formação profissional em saúde. Com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, o MEC lançou um edital que levou a um debate acerca das novas diretrizes curriculares que orientariam a formação profissional. Essa oportunidade foi importante no sentido de ampliar o debate sobre o objetivo do processo de formação e criar um

cenário que favorecesse e estimulasse os processos de mudança. Dessa forma, a Rede iniciou a mobilização de seus membros e de outros atores interessados no tema, para construir uma proposta de diretrizes na perspectiva de mudança na formação profissional em saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Considerando que o SUS não vinha cumprindo o papel de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, a Rede Unida e outros atores como a ABEM pressionaram importantes segmentos da saúde como, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde e a coordenação do setor de recursos humanos do MS para se posicionarem no debate das diretrizes, apresentando sugestões de perfil do profissional de saúde. Apesar da resistência inicial das escolas, principalmente de Medicina e Enfermagem, essas tiveram participação ativa nesse debate, e suas propostas corresponderam às expectativas do movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Dessa forma, o início dos anos 2000 trouxe novidade à educação nacional com a ruptura da noção de currículo mínimo para a organização dos currículos de graduação. Aprovadas entre 2001 e 2004, as DCN dos cursos de graduação em saúde afirmavam que a formação profissional em saúde deveria contemplar o sistema de saúde do País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Em 2002, foi lançado pelo MS o Promed, cuja iniciativa desencadeia um novo movimento oficial de apoio aos processos de mudanças curriculares nos cursos de medicina. A crítica feita pelas demais profissões da saúde foi em relação à sua prioridade pela medicina (CARVALHO & CECCIM, 2006).

No ano de 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), resultado da luta e das reivindicações do movimento da reforma sanitária desde a década de 70. Essa secretaria passou a responder pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas de formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Integram essa secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2007).

Em outra direção, a complexidade da formação dos profissionais de saúde criou condições nas quais as universidades deveriam possuir e aplicar o conhecimento das práticas de avaliação. Isso se tornou mais relevante com a mudança curricular em resposta aos desafios e necessidades do sistema de saúde e das pessoas, expresso pelo SUS e pelas DCN (KOMATSU & MENNIN, 2004).

Dessa forma, configurou-se em 2004 o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) como elemento fundamental da proposta de mudanças das IES contemporâneas. Por conta da significativa participação do setor privado na oferta educacional do país, a avaliação constituiu-se em instrumento de prestação de contas para a sociedade, para os usuários e para as próprias instituições (BRASIL, 2004a).

O SINAES fundamentou-se na necessidade de melhorar a qualidade da educação superior, orientar sua expansão, aumentar sua eficácia institucional e sua efetividade acadêmica e social. Esse sistema integra três modalidades principais de instrumentos de avaliação (BRASIL, 2004b):

(1) Avaliação das Instituições de Educação Superior (AVALIES) – é o centro de referência e articulação do sistema de avaliação.

(2) Avaliação dos Cursos de Graduação (ACG) – avalia os cursos de graduação por meio de instrumentos e procedimentos que incluem visitas *in loco* de comissões externas.

(3) Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) – aplica-se aos estudantes do final do primeiro e do último ano do curso.

Nesse mesmo ano, foi apresentada pelo MS e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde uma política do SUS para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde, o Aprender SUS. Essa iniciativa contou com adesão dos estudantes de graduação das profissões de saúde e de segmentos populares, organizados em torno da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) e do conjunto das Associações de Ensino das Profissões de Saúde, que chegaram a criar o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (FNEPAS) (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Os principais projetos dessa política, o VER-SUS e o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, são iniciativas voltadas à sensibilização para mudar os cursos de graduação de acordo com as necessidades de saúde da população e os princípios do Sistema, integrando de forma permanente a educação na área da saúde e aproximando as IES da gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Em 2005, surge o Pró-saúde como um programa de governo às formas do Promed, agora para três profissões da área da saúde: medicina, enfermagem e odontologia (CARVALHO & CECCIM, 2006).

Assim, a intensificação de propostas de mudanças na formação em saúde, de acordo com as necessidades da sociedade, sempre estiveram na pauta de programas educacionais, uns atingiram seus objetivos, outros merecem ainda maior análise e formatação, por ainda não se adequarem à realidade.

### 3.3 As Conferências de Saúde

A capacidade que tem a sociedade de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado, para estabelecer suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas na área da saúde é conhecida como controle social. Essa forma de compreensão a respeito da atuação da população no cenário político-sanitário é recente, e teve sua origem a partir de reformulações propostas na Reforma Sanitária que deram origem ao SUS (CARVALHO *et al.*, 2001a).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde, instituídos pela lei 8142/90, são os mecanismos de controle social do SUS, e a ação organizada da população na formulação de políticas e na decisão pública que abrange mecanismos que controlam, interferem e fiscalizam as decisões dos governos, passou a significar controle social em saúde. (DOMINGUEZ, 2006).

As Conferências devem ocorrer em cada nível de governo em um espaço de tempo que não passe de quatro anos. Contando com a participação de vários segmentos sociais, elas devem avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas em cada esfera de governo. Devem ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. São de caráter consultivo e podem levantar questões e propor soluções em relação à saúde, mas não têm poder de decisão (CARVALHO *et al.*, 2001a).

As CNS compõem a história das políticas de saúde dos últimos tempos, expressando a busca pela democracia do Estado e a manifestação do controle social. A 8ª CNS que ocorreu em 1986, associada ao movimento pela Reforma Sanitária, formalizou a proposta de reforma do sistema de saúde no país, apontando para a criação de um sistema único, descentralizado, universal, integral e que contasse com a participação popular (CARVALHO *et al.*, 2001a; CARVALHO, 2004).

Na 8ª CNS, considerada um marco para o SUS, as principais características do modelo de saúde foram pontuadas e pela primeira vez na história das Conferências contou-se com a participação da sociedade civil. A participação popular foi defendida e deliberada como uma das diretrizes do Sistema, assim como a formação de conselhos de saúde compostos por representantes da comunidade, permitindo a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (CARVALHO, 2004).

Nessa Conferência foram ampliados os conceitos de saúde e definido o dever do Estado na sua promoção, proteção e recuperação. Em relação à política de recursos humanos, foram estabelecidos princípios e propostas aprofundadas mais tarde na 1ª CNRHS (BRASIL, 1993a).

A 1ª CNRHS foi realizada em Brasília de 13 a 17 de outubro de 1986 e teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. O objetivo dessa discussão temática que aglutinou profissionais da saúde, da educação e usuários do SUS era assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos aspectos que compunham uma política de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1993a).

O diagnóstico da formação de recursos humanos em saúde apontava uma inadequação entre os níveis de formação e a realidade de saúde do país. O passado marcado pela submissão das políticas de formação aos interesses empresariais e lucrativos do sistema de ensino e da assistência à saúde deixou problemas como, por exemplo, o perfil inadequado dos profissionais formados e sua má distribuição sócio-regional. As propostas da 8ª CNS e da 1ª CNRHS para o enfrentamento dessas questões tinham dois princípios: o da responsabilidade do Estado para com a educação em saúde e o da integração ensino-serviço como a única forma de promover interação entre teoria e prática (BRASIL, 1993b).

Foi nesse contexto que a Constituição Federal (CF) foi promulgada, em 1988. Boa parte das teses e conclusões da 8ª CNS fizeram parte do texto final da Constituição, que incorporou mudanças no papel do Estado e alterou o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as esferas de governo e novos papéis entre os atores do setor (CARVALHO *et al.*, 2001b).

O texto constitucional, ao situar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado colocava um desafio para a sociedade, a construção de um novo modelo assistencial. Essa reforma previa um Sistema integral, universal, hierarquizado e resolutivo, que demandava um perfil de profissional para o setor distante da realidade dos que vinham sendo formados pelas IES (PINHEIRO & MACHADO, 1993).

Para que esse Sistema pudesse ser implantado efetivamente, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), que detalharam princípios, diretrizes e condições para a organização e funcionamento do mesmo (CARVALHO *et al.*, 2001b).

A primeira dessas leis, a 8.080/90, instituiu os objetivos, os princípios, as diretrizes, a organização e a gestão administrativa e financeira do SUS. Definiu competências em cada nível de governo, delineando a questão dos recursos e do controle social, exercido por duas instâncias colegiadas: As Conferências e os Conselhos de Saúde. Aprovada no Congresso Nacional essa lei teve inúmeros vetos presidenciais, principalmente relacionados ao controle social e a distribuição de recursos financeiros (CFM, 1992).

A reação da sociedade, das entidades envolvidas e do Congresso Nacional conseguiu resgatar, pelo menos em parte, as conquistas legislativas anuladas pelos vetos presidenciais. Assim, foi promulgada a segunda lei, a 8.142/90, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros (CFM, 1992).

Diante do apresentado constatou-se que no plano legislativo ocorreram avanços, apesar do sucateamento dos serviços e do agravamento do quadro sanitário brasileiro. Doenças como esquistossomose, malária, hanseníase, tuberculose, mal de chagas e a aids aumentaram de forma alarmante, assim como a desnutrição, a diarreia e a mortalidade materna e infantil. Além disso, o aumento da violência fez com que o drama social batesse a porta de hospitais sucateados e impotentes, onde profissionais mal remunerados e desestimulados acabavam por se desvincular dos serviços públicos (CFM, 1992).

É nesse cenário que ocorreu a 9ª CNS em Brasília, em 1992, após dois anos de sua primeira convocação. O processo que antecedeu o evento foi complicado, a gestão federal da época fez o possível para que ele não fosse realizado. As denúncias e constatações de corrupção passaram pelo MS e atingiram a presidência da república, culminando com o impeachment do presidente. Várias tentativas de modificar o regimento visando retirar o controle da Conferência da comissão organizadora foram feitas, causando conflitos entre o MS e a comissão organizadora. No entanto, nada disso impediu a realização do evento (CEBES, 1992).

Assim como a anterior, essa Conferência foi precedida por discussões de temas e eleições de delegados municipais e estaduais com direito a voto nas decisões e noções do relatório final. Como a 8ª foi pioneira nessa dinâmica, a 9ª já contou com uma maior participação da esfera municipal. A dinâmica representou um avanço em temas democráticos, porém os delegados não perceberam a Conferência como um espaço de debate ou de busca de melhoras nas políticas de saúde. Além disso, os temas abordados foram predominantemente macroestruturais, e com isso, pouco espaço foi dado às questões microestruturais, como por exemplo, a educação (LUZ, 1992).

A formação de recursos humanos não foi abordada adequadamente na 9ª CNS e muito menos na anterior. Dessa forma, não foi registrado nenhum avanço na questão dos currículos das IES, quando já era de conhecimento que essas não formavam profissionais adequados à realidade sanitária brasileira (LUZ,1992).

Na área de controle social a municipalização foi reafirmada como indispensável à implementação e o fortalecimento dos mecanismos de participação populares já existentes. Dentre as propostas aprovadas no evento estava a garantia da implantação dos Conselhos de Saúde nos diversos níveis de governo, em no máximo seis meses após a publicação do relatório final dessa Conferência (CARVALHO, 2004).

Já em 1993 foi realizada a 2ª CNRHS em Brasília, no período de 12 a 17 de setembro. Esse encontro contou com a participação de delegados representantes dos segmentos ensino, usuários, prestadores privados de serviços, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Participaram ainda painelistas, relatores e observadores (SILVA, 1993).

Nessa Conferência foi recomendada a imediata regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, que versa sobre o papel do SUS em ordenar a formação dos profissionais de saúde. Outros pontos de discussão estavam relacionados à questão da universidade ser pública, gratuita e autônoma e ao serviço civil obrigatório na área da saúde. Entre as propostas apresentadas no relatório final destacaram-se as relacionadas à integração entre as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, incluindo nesse processo os Conselhos de Saúde e de Educação, e as relacionadas à revisão dos currículos de formação, no sentido de construir um modelo assistencial baseado na epidemiologia e nas ciências sociais (CAMPOS *et al.*, 2006).

Três anos depois, em 1996, foi realizada a 10ª CNS, que manteve as mesmas recomendações das anteriores em relação ao controle social, reafirmando os princípios do SUS e exigindo a efetivação dos espaços de participação popular. Além disso, essa Conferência consolidou outras propostas relativas à formação e aos trabalhadores da saúde e propôs uma NOB referente à gestão do trabalho no SUS (CARVALHO, 2004).

Com base nas deliberações dessa Conferência e das CNRHS, nos documentos do Conselho Nacional de Saúde, nos estudos na área de gestão do trabalho e formação em saúde e na participação popular percebeu-se a necessidade de sistematizar a experiência acumulada na área de recursos humanos (BRASIL, 2005b).

Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), realizou oficinas em todo o país, oportunizando a discussão da importância do trabalho e dos trabalhadores do SUS, bem como a necessidade da aplicação de mecanismos de gestão que pudessem reformular as práticas de saúde. Assim, a CIRH submeteu ao Conselho um documento com propostas orientadoras de uma política de trabalho em saúde. Os segmentos envolvidos com o SUS discutiram a primeira versão desse documento em fóruns específicos, culminando com um seminário nacional que originou uma segunda versão desse documento (BRASIL, 2005b).

Em 2000, a 11ª CNS aprovou esse documento como Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), indicando a elaboração de um instrumento normativo a ser pactuado entre os gestores do SUS e implantado nas três esferas de governo.

Essa Conferência contou com a participação de 2.500 delegados, apesar de várias entidades manifestarem-se a favor de seu adiamento, pois algumas dificuldades diminuíram seu prazo de organização e divulgação. A ausência de observadores foi justificada pela ampliação no número de delegados, pela restrição do espaço e pela experiência da 10ª CNS, na qual a quantidade de participantes prejudicou a deliberação dos delegados (SCOREL & LUCCHESI 2000).

Nesse evento também foi aprovada uma agenda para a efetivação do SUS e do controle social, que defendia o fortalecimento do exercício de cidadania sobre as políticas públicas por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde (CARVALHO, 2004).

Passados três anos, o Conselho Nacional de Saúde deliberou pela aplicação dos princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS como a Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. No âmbito do MS, foi criada a SGTES, cujo objetivo era implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e de seus trabalhadores. No final desse mesmo ano, a 12ª CNS reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS a imediata adoção dos termos dessa política e também determinou a realização da 3ª Conferência sobre recursos humanos, que a partir de então foi denominada Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) (BRASIL, 2005b).

A 3ª CNGTES foi realizada em Brasília, de 27 a 30 de março de 2006, e teve como tema central “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Os trabalhos foram organizados em mesas redondas, painéis temáticos e plenárias, sendo que as propostas deveriam ser formuladas de acordo com seis eixos temáticos:

- I. Gestão do trabalho.
- II. Educação na saúde.
- III. Participação do trabalhador na gestão e na negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde.
- IV. Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, estados e municípios.
- V. Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde.
- VI. Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde (BRASIL, 2005b).

Matheus e Gomes (2006) apontaram dois problemas graves relativos a essa Conferência. O primeiro, estava relacionado à pequena participação de gestores no evento, e o segundo, estava ligado ao fato dos trabalhadores e usuários considerarem os gestores os “vilões” do SUS. Para os autores, esses problemas refletiram, por exemplo, na rejeição da proposta que previa o estabelecimento de parcerias com as universidades públicas e privadas para o desenvolvimento da formação dos trabalhadores de saúde.

Em síntese, ao longo das Conferências de Saúde, nacionais ou temáticas, a questão da formação dos profissionais de saúde, que não correspondia às necessidades epidemiológicas e sociais do Brasil, entrou na pauta nacional de discussões. As propostas e a organização desses eventos retrataram um avanço no processo de reorientação da formação, construído por diferentes atores sociais em diferentes contextos históricos e políticos.

#### **4 BASES METODOLÓGICAS**

Este estudo está situado no campo das pesquisas descritivas que segundo Gil (1994), tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre elas. Além disso, caracteriza-se por ser de caráter exploratório, o que permite ao pesquisador aprofundar suas análises nos limites de uma realidade específica (TRIVIÑOS, 1987).

Como a abordagem utilizada em uma pesquisa depende do objeto a ser estudado, definiu-se que a mais adequada aos objetivos desta pesquisa seria a qualitativa.

Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa é importante no sentido de compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, de compreender as relações que se dão entre os sujeitos no âmbito das instituições e dos movimentos sociais e de avaliar as políticas públicas e sociais do ponto de vista de sua formulação e aplicação.

A metodologia qualitativa aplicada à saúde emprega a concepção das ciências humanas, que busca não estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

Dentro dessa abordagem, a análise documental constituiu-se numa técnica valiosa na obtenção de dados qualitativos (LÜDKE, 1986).

Ainda neste estudo, buscou-se construir uma linha do tempo com o objetivo de contextualizar o cenário histórico e político no período específico dos documentos analisados, a fim de apontar possíveis relações entre o conteúdo dos documentos e esse contexto.

#### **4.1 A escolha dos documentos**

A primeira decisão nesse processo foi a caracterização do tipo de documento a ser estudado, pois esses seriam as fontes de evidências que fundamentariam a pesquisa, já que surgiram em determinado contexto e fornecem informações sobre o mesmo (LÜDKE, 1986).

Estudos como estes que têm documentos como material primordial, extraem deles a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta (PIMENTEL, 2001). Por estarem situados no tempo e refletirem a interação de interlocutores, documentos constituem práticas discursivas que representam idéias, saberes, fazeres e múltiplos elementos, conexos ou não, dispostos longitudinalmente, que revelam imagens, usos, sentidos e processos humanos (BORRIONE & CHAVES, 2004).

Assim, definiu-se analisar os relatórios finais das CNRHS e da CNGTES, pois segundo Guizardi (2004), eles funcionam como mediadores entre as Conferências e o cotidiano da formulação de políticas e são documentos chave para difundir para a sociedade as deliberações das mesmas.

#### **4.2 A análise dos documentos selecionados**

Após a definição dos documentos, esses passaram a ser analisados pelo método da análise de conteúdo preconizado por Bardin (1994). As informações analisadas nos relatórios foram codificadas em temas, pois a técnica empregada foi a análise temática e, alguns trechos dos relatórios foram transcritos na íntegra para ilustrar os temas que resultaram, posteriormente, na construção das categorias analíticas.

A análise de conteúdo é um método de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a fim de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens. Esse método caracteriza-se por apresentar três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 1994).

Na primeira fase foram escolhidos os documentos a serem analisados, nesse caso os relatórios finais das CNRHS e da CNGTES, foram formulados os objetivos apresentados anteriormente e, selecionados alguns indicadores para fundamentarem a interpretação (BARDIN, 1994). Os indicadores utilizados neste estudo foram: perfil do profissional, conceito saúde-doença, relação entre teoria e prática, integração entre ciclo básico e profissionalizante, integração docente assistencial, práticas de ensino, articulação ensino-serviço-comunidade e educação continuada / educação permanente.

Na segunda fase foram realizadas operações de codificação, pelas quais os dados brutos foram transformados e agregados em unidades que permitiram a descrição das características do conteúdo. Organizar a codificação compreendeu escolher as unidades de registro e a forma de categorização (BARDIN, 1994).

A unidade de registro é a unidade de significação a ser codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado como unidade base. Entre as unidades de registro está o tema, que é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado, utilizado na análise temática, técnica selecionada para esta pesquisa (BARDIN, 1994).

Com relação à categorização, a mesma autora afirma que seu objetivo é fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Também coloca que categorias são classes que reúnem um grupo de elementos, ou unidades de registro no caso da análise de conteúdo, sob o mesmo título, agrupadas em razão de suas características comuns. Assim, em um dos processos

de categorização o autor aponta que o sistema de categorias pode ser formulado previamente, sendo que os elementos relacionados vão se repartindo da melhor maneira à medida que vão sendo encontrados. Esse é o chamado procedimento de caixas.

Esta pesquisa utilizou esse procedimento selecionando as seguintes categorias analíticas:

- 1) Perfil do Profissional;
- 2) Práticas de Ensino e Aprendizagem;
- 3) Articulação Ensino-Serviço-Comunidade.

Na terceira fase do estudo, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos, permitindo serem condensados e evidenciados na discussão apresentada no próximo capítulo deste estudo.

Na discussão a seguir buscou-se tanto explorar as categorias analíticas, como a relação com os acontecimentos históricos e políticos e as características estruturais de cada documento analisado.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O capítulo de resultados e discussão desta pesquisa é dividido em duas partes. A primeira traz os aspectos gerais (1), que tratam dos acontecimentos históricos e políticos na época de cada Conferência, além das características estruturais desses eventos e do próprio relatório.

A segunda parte traz a discussão das categorias analíticas (2) resultantes do processo de análise documental.

### **5.1 Aspectos Gerais**

Nesta primeira parte, os resultados são apresentados por meio de três figuras ilustrativas (figura 1, 2 e 3).

A figura 1 representa uma linha do tempo, de 1986 a 2006, com os principais acontecimentos históricos e políticos relacionados à temática da formação superior em saúde.

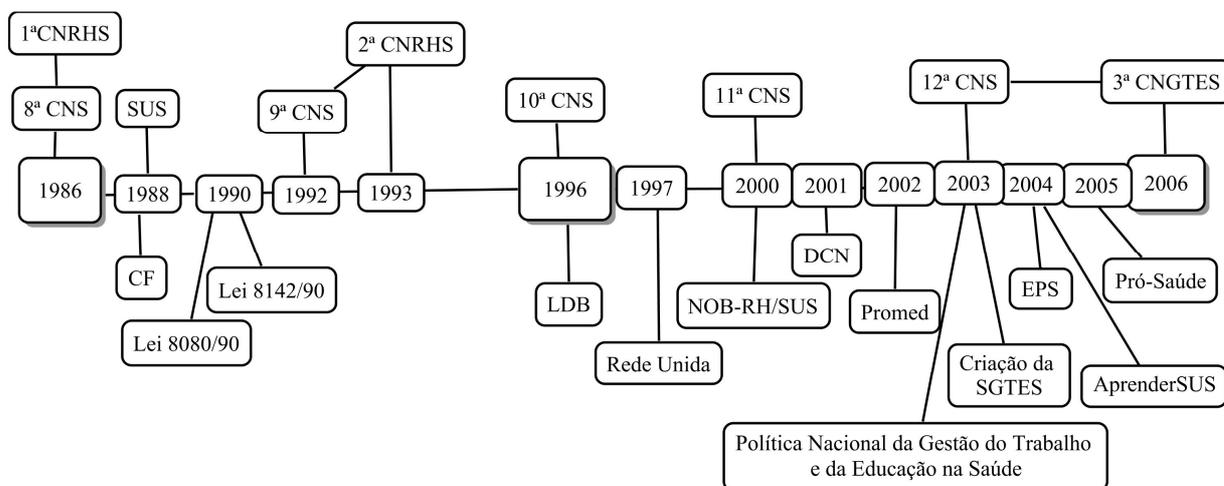


Figura 1 – Principais acontecimentos históricos e políticos relacionados à temática da formação superior em saúde entre os anos de 1986 e 2006.

### Legenda

Aprender SUS- Política do SUS voltada para a mudança dos cursos de graduação na área da saúde.

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

CF - Constituição Federal

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9394/96

NOB-RH/SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

EPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Promed - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

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

Pró-saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

CNGTES – Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A 8ª CNS determinou os princípios doutrinários que nortearam o texto constitucional em 1988, definiu a saúde como um direito de todos e um dever do estado e defendeu a participação da população na administração pública e o processo de descentralização. Nesta perspectiva, o SUS foi criado e definido de acordo com o Artigo 198, da Constituição Federal:

*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 e;*

*III – participação da comunidade (BRASIL, 2005c).*

Cabe situar que neste período foi realizada a 1ª CNRHS, que propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, referente à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Neste encontro, discutiu-se a necessidade de uma articulação estreita entre os centros formadores e as instituições que prestam serviços no sentido de se alcançar as premissas da saúde, que é oferecer serviço de qualidade, tendo como pano de fundo a realidade social (BRASIL, 1993a).

Como fase preliminar da 1ª CNRHS foram realizadas pré-conferências em vinte e três estados, algumas com a criação ou revitalização das CIRH, que deveriam facilitar o andamento da Conferência criando um espaço permanente de discussão em nível estadual.

Participaram da 1ª CNRHS cerca de quinhentas pessoas divididas em vinte e dois grupos de trabalho, que discutiram os subtemas que compunham a área de recursos humanos. A escolha dessa metodologia possibilitou a discussão abrangente do tema, mas não oportunizou um aprofundamento do mesmo (BRASIL, 1993b).

Apesar de criado em 1988, o SUS só foi regulamentado em 1990 pela Lei n.º 8.080/90. Todos os artigos desta lei sobre financiamento e controle social foram vetados pelo então presidente Fernando Collor de Melo. Porém, mais tarde com a aprovação da Lei n.º 8.142/90 a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intragovernamentais de recursos financeiros foram regulamentadas e, essas leis ficaram conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOAS).

Paralelo a isso, a Rede IDA que tinha como característica principal promover o intercâmbio de experiências entre seus membros, personagens fundamentais da Reforma Sanitária, cumpria seu papel de romper o isolamento dos projetos esparsos no cenário nacional. Esses projetos expandiram a noção de integralidade, intersetorialidade e multiprofissionalidade porém, com um impacto menor na formação de recursos humanos e, sem levar em conta a participação dos serviços e da comunidade nesse processo (REDE UNIDA, 2004).

Dessa forma, no sentido de articular ensino, serviços e comunidade surgiram os projetos UNI, na década de 90. Um dos objetivos desses projetos era reorientar a formação de recursos humanos em saúde. Assim, seis Projetos UNI iniciaram suas atividades no Brasil, entre eles o PROUNI - Londrina. Nos primeiros anos de funcionamento, houve uma aproximação entre eles com o objetivo de fortalecer seus processos internos, especialmente através do intercâmbio de experiências e da realização de algumas atividades conjuntas (PROGRAMA UNI, 1996).

A discussão a respeito do desenvolvimento de recursos humanos em saúde serviu de pano de fundo para a 2ª CNRHS, em 1993, que ressaltou a implantação da supervisão do processo de trabalho como instrumento gerencial, a definição da política de financiamento para o desenvolvimento de recursos humanos e o fortalecimento de instâncias de formação de caráter permanente em todos os níveis. Este encontro reuniu cerca de mil participantes de vinte e seis

estados que representaram os segmentos sociais envolvidos na questão saúde, e contou também com a realização prévia de Conferências municipais e estaduais.

Um dos problemas da 2ª CNRHS foi o da representatividade entre usuários, profissionais e instituições de saúde. A pouca importância dada ao evento pelos gestores das três esferas de governo, em especial os das Universidades, foi percebida pela pequena participação desses sujeitos (SILVA, 1994).

A partir da segunda metade da década de 90, os Projetos UNI se integraram à Rede IDA, com um processo de reconstrução de identidade, redefinindo e atualizando a temática central em torno do movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde no país. Foi então proposta uma associação: a criação de uma única rede que passou a chamar Rede UNIDA (REDE UNIDA, 2007).

A Rede Unida foi concebida como um espaço de troca e divulgação das experiências de articulação entre universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços e comunidades interessadas em promover mudanças nos modelos de atenção, de ensino e de participação social em saúde, coerentes com os princípios do SUS. Como temática central a Rede assumiu o debate acerca da formação e a capacitação dos recursos humanos em saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

Com a identificação de oportunidades de intervenção no cenário político a Rede Unida produziu propostas que pudessem favorecer o processo de mudança na formação profissional em saúde. Com a aprovação da LDB, o MEC lançou um edital que levou a um debate acerca das novas diretrizes curriculares que orientariam a formação profissional. Dessa forma, a Rede iniciou a mobilização de seus membros e de outros atores interessados no tema, para construir uma proposta de diretrizes na perspectiva de mudança na formação profissional em saúde (FEUERWERKER *et al.*, 2000).

A aprovação da LDB, em 1996, sinalizou o início da reforma do ensino superior. Começaram então, as discussões em torno das DCN. Para se adaptar a essas novas diretrizes, todos os cursos de graduação necessitavam de novos projetos pedagógicos que deveriam considerar uma série de princípios, que implicariam em mudanças que refletiriam na sala de aula. A integração de conteúdos e a maior flexibilidade em relação ao antigo currículo mínimo eram dois pontos fundamentais nesse processo (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, as competências definidas nas DCN deveriam ser desenvolvidas em todos os níveis, fazendo com que o graduando tivesse capacidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde e de valorizar as necessidades de saúde da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e culturais (BRASIL, 2006a).

De acordo com Almeida (2003), a integração ensino-serviço e a utilização de metodologias ativas de ensino são apontadas como estratégias para uma formação voltada para o mundo do trabalho e para as necessidades da população. Essa formação visa o aprendizado significativo, dentro do preconizado nas DCN, ao postular que a formação do profissional de saúde deve estar em consonância com o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Dessa forma, foi criado em 2002 o Promed, como uma iniciativa a somar-se ao movimento de mudança na formação superior em saúde no Brasil, demonstrando a importância da articulação entre o MS e o MEC (BRASIL, 2006a).

Na seqüência dos acontecimentos, um outro momento importante da história foi a 12<sup>a</sup> CNS, na qual configurou-se a SGTES e instituiu-se a Política Nacional de Gestão Trabalho e Educação na saúde.

No ano de 2004, no âmbito de implementação de mudanças na formação profissional em saúde, implantou-se uma política denominada Aprender SUS. Seus principais projetos foram o VER-SUS e o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde.

Essa política é voltada para a mudança dos cursos de graduação na área da saúde de acordo com as necessidades da população e os princípios e diretrizes do SUS. Seu objetivo é integrar a política de educação na saúde e aproximar as IES da gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Em relação ao VER-SUS, seu objetivo era oportunizar aos estudantes da graduação a experiência de serem sujeitos na aprendizagem das ações de gestão e controle social no SUS, bem como em estágios interprofissionais e vivência de educação popular, junto à extensão universitária (BRASIL, 2007).

O curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, idealizado pelo DEGES em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Rede UNIDA, foi organizado para sistematizar as experiências de mudança, sendo direcionado a docentes e profissionais de saúde vinculados à formação (FEUERWERKER & LIMA, 2004).

O Pró-Saúde criado em 2005 por meio de uma portaria interministerial ente MS e MEC e inspirado na avaliação do Promed, trabalha com a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em direção à situação desejada pela IES, na produção do conhecimento e na prestação de serviços. Essa iniciativa visa aproximar a formação de graduação e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005a).

Três cursos foram inicialmente contemplados no Pró-Saúde (Medicina, Enfermagem e Odontologia) cujos egressos fazem parte da estratégia de saúde da família. O programa teria

papel indutor na formatação do ensino em saúde no país, a partir da criação de modelos de reorientação, tanto para os três cursos citados como para todos os outros da área da saúde (BRASIL, 2005a).

A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), que também faz parte dos acontecimentos históricos que influenciaram as Conferências objetos deste estudo, será abordada mais adiante neste capítulo.

Em razão de toda uma preocupação relativa às questões voltadas à saúde, na 3ª CNGTES houve uma participação maior, sendo que, vinte e sete estados brasileiros realizaram suas respectivas pré-conferências e, conseqüentemente enviaram suas propostas.

Para Machado (2006), a 3ª CNGTES foi um marco histórico. Primeiro, pelo período de 13 anos sem diálogo e discussão política na área. Segundo, porque foram propostas diretrizes para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a NOB/RHSUS, e não mais buscando traçar diagnósticos sobre a situação de saúde. Terceiro, porque os debates estiveram alicerçados em uma estrutura organizacional em que a área de gestão do trabalho e educação em saúde se constituiu em estratégia de governo.

No sentido de facilitar a compreensão do contexto em que as CNRHS e a CNGTES ocorreram, a figura 2 traz a data, a estrutura política e o número de participantes de cada um desses eventos.

Conferência	Data	Ministro da Saúde	Ministro da Educação	Presidente da República	Participantes
1ª CNRHS	13 a 17 de outubro de 1986	Seigo Tsuzuki	Jorge Bornhausen	José Sarney	Cerca de 500 pessoas divididas em 22 grupos de trabalho. (BRASIL, 1993c)
2ª CNRHS	12 a 17 de setembro de 1993	Henrique Santillo	Murillo Avellar Hingel	Itamar Franco	436 delegados, 247 convidados e 332 observadores. (SILVA, 1993)
3ª CNGTES	27 a 30 de março de 2006	Humberto Costa	Fernando Haddad	Luis Inácio Lula da Silva	1.100 representantes de trabalhadores, usuários e gestores, além de 120 convidados (DOMINGUEZ, 2006)

Figura 2 – Quadro demonstrativo relativo à data, à gestão política e ao número de participantes das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

O quadro indica que houve um intervalo de sete anos entre a 1ª e a 2ª Conferência, e de 13 anos para a 3ª. Quanto à participação, podemos observar que na 2ª e na 3ª Conferência o número de participantes foi duas vezes maior do que na 1ª.

Já a figura 3 trata especificamente da estrutura dos relatórios das Conferências, quanto aos seus temas centrais, tópicos organizativos e número de páginas.

Conferência	Tema Central	Tópicos organizativos	Número de páginas
-------------	--------------	-----------------------	-------------------

1ª CNRHS	Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária.	1) Valorização profissional; 2) Preparação de RHs; 3) Órgãos de desenvolvimento de RHs; 4) Organização dos trabalhadores; 5) Relação trabalhador X usuário.	54
2ª CNRHS	Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde.	1ª sessão 1) Desafios éticos; 2) Paradoxos da saúde da população; 3) Modelo de atenção e suas práticas na implementação do SUS 4) Trabalhadores do SUS.  2ª sessão 1) Propostas gerais 2) Propostas relativas às políticas de preparação e gestão de RHs.	59
3ª CNGTES	Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação.	1)Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: Agenda Estratégia e Financiamento; 2)Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: Agenda Estratégia e Financiamento; 3)Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador; 4)Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	57

Figura 3 – Quadro demonstrativo do tema central, dos tópicos organizativos e do número de páginas dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em relação aos temas centrais desenvolvidos, a 1ª CNRHS teve como base as políticas de recursos humanos rumo a Reforma Sanitária. Assim, a discussão dessa Conferência

organizou-se em cinco sub-temas que abordaram desde a valorização e a preparação de recursos humanos a organização dos trabalhadores, bem como sua relação com os usuários do Sistema.

O relatório produzido expressa uma análise contextual do mundo do trabalho em saúde buscando dar subsídios para a implementação dos princípios da Reforma Sanitária. Esse documento passou a ser referência e ponto de partida para discussões e produções técnico-científicas de uma política de recursos humanos para a saúde.

Na 2ª CNRHS, o tema central estava relacionado aos desafios éticos frente às necessidades do setor saúde, sendo seu relatório final estruturado em duas sessões principais. A primeira analisava a realidade da saúde brasileira e a segunda continha as propostas elaboradas por seus participantes.

Foi observado que essa Conferência apresentou em seu relatório final, propostas mais estruturadas do que o anterior. A primeira sessão do documento foi dividida em quatro tópicos, que diziam respeito aos desafios éticos, aos paradoxos da saúde da população brasileira, ao modelo de atenção e suas práticas na implementação do SUS e aos trabalhadores do SUS, respectivamente.

A segunda sessão foi dividida em dois tópicos. No primeiro foram apresentadas as propostas gerais. No segundo, as propostas foram relativas às políticas de preparação e gestão de recursos humanos para a saúde. Salienta-se que naquele momento, o SUS estava em processo de implantação no país.

O tema central da 3ª CNGTES dizia respeito aos trabalhadores de saúde e a saúde da população, do ponto de vista das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação. Diferente dos documentos anteriores, este só apresentava propostas, que foram divididas em quatro eixos temáticos: gestão do trabalho em saúde; gestão da educação em saúde; valorização, humanização e saúde do trabalhador; controle social no trabalho e na educação em saúde.

O tema escolhido para essa Conferência demonstrou uma mudança importante de pensamento. Ao reconhecer o profissional de saúde como trabalhador e não apenas como recurso humano, esse passou a ser considerado o protagonista da atenção à saúde. Outra inovação foi que o processo de formação dos profissionais de saúde entrou na pauta das discussões como uma tentativa de provocar os três poderes, a academia e a sociedade para essa problemática, que ainda não correspondia às necessidades epidemiológicas e sociais do País (BELCHIOR, 2006).

A seguir são apresentadas as categorias analíticas consideradas sob o prisma dos relatórios das Conferências.

## **5.2 Categorias analíticas**

As categorias analíticas extraídas dos relatórios finais das Conferências versavam sobre: perfil do profissional, práticas de ensino e aprendizagem e articulação ensino-serviço-comunidade no processo de formação em saúde no âmbito da graduação. Estas categorias foram assim divididas para fins didáticos, no entanto, elas mantêm entre si uma intrínseca relação. Ou seja, um projeto pedagógico de uma IES parte de um perfil desejado, planeja e executa práticas de ensino e aprendizagem para alcançar este perfil, articulando-se com os diferentes espaços sociais da própria IES, dos serviços de saúde e da comunidade.

### 5.2.1 Perfil do Profissional

A figura 4 expressa os conceitos-chave que configuram a primeira categoria analítica.

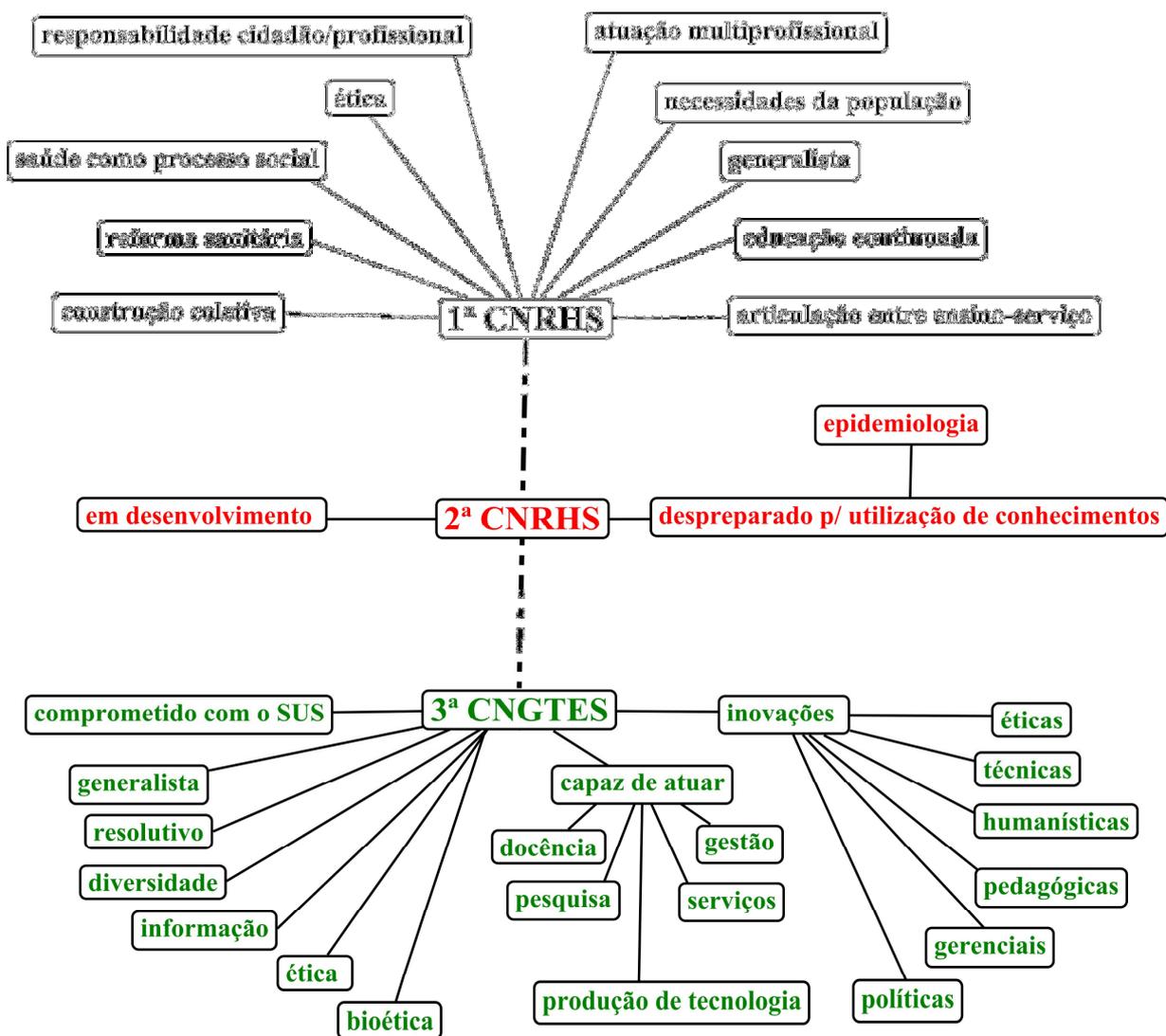


Figura 4 - Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da primeira categoria analítica.

De acordo com o relatório da 1ª CNRHS, o perfil do profissional de saúde deveria ser *construído em conjunto* pelos diversos profissionais da área com base na *realidade social*. Esse perfil deveria estar relacionado às exigências do mercado de trabalho e à discussão e desenvolvimento dos princípios da Reforma Sanitária rumo a um Sistema Único, enquanto uma proposta para o setor saúde. A formação dita integral deveria contemplar as questões sócio-culturais e definir o papel técnico e social dos profissionais de saúde.

A questão da formação de profissionais de saúde envolve diretamente as oportunidades do mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais (ARAÚJO, 2006). Segundo estudo de Gondim (2002) é difícil construir um perfil profissional que articule a formação acadêmica e as exigências do mercado de trabalho, uma vez que as habilidades gerais e específicas requeridas por esse mercado são fragmentadas e isoladas, não permitindo inferir um perfil global e consistente com a formação.

Para Ceccim *et al.* (2002) o perfil de formação dos profissionais de saúde, a capacidade de oferecer atenção integral e as diretrizes constitucionais devem determinar a formulação da política do SUS para a mudança na graduação, uma vez que essa é uma exigência clara das lutas consolidadas nas CNS, realizadas no bojo da reforma sanitária brasileira, sendo uma exigência do direito à saúde.

O documento apontou também que o trabalhador de saúde deveria ser considerado um co-participante no seu papel de diagnosticar e atender as necessidades da população, o que exigiria desse profissional a *reformulação de seus comportamentos éticos*, traduzido nos seus *compromissos de cidadão e profissional*.

Ao analisar o compromisso de um profissional com a sociedade, deve-se reconhecer que antes de ser profissional ele é homem, não podendo se omitir e devendo ser comprometido por si mesmo. Ao tornar-se profissional, o homem assume uma dívida da qual ele também não pode se omitir e, sua responsabilidade aumenta ainda mais com a sociedade (FREIRE, 1979).

Em relação à capacitação dos profissionais, o documento abordou que essa deveria ser direcionada:

*[...] para atuação **multiprofissional**, bem como para a educativa, permitindo que a população tenha acesso à informação e conhecimentos, como pré-condição para que exerça seu controle sobre as ações dos professores e profissionais da saúde. Desta forma, será necessário preparar um profissional competente para **atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário** [...]. Faz-se mister também que compreenda a especificidade das ações e a necessidade da não monopolização do conhecimento, que participe da **educação continuada** e procure pesquisar o objeto e as condições de sua prática profissional (BRASIL, 1993c).*

Para Chávez (1994), o objetivo principal do trabalho multiprofissional é ser eficaz, efetivo e resolutivo ao mesmo tempo, em diferentes níveis de um sistema, sem descuidar da organização e da divisão racional do trabalho.

Kira e Martins (1996) dão como exemplo a formação do profissional médico, que deve incorporar as tendências da medicina contemporânea, como a abordagem multiprofissional, o treinamento em ambulatórios, a participação do paciente nas decisões sobre os procedimentos realizados, além da valorização dos aspectos epidemiológicos, sociais, psicológicos e culturais.

Neste sentido, Fortuna e Mishima *apud* Fortuna (1999) identificaram três concepções distintas sobre o trabalho multiprofissional. Na primeira, que destaca os resultados, a equipe multiprofissional é concebida como recurso para aumentar a produtividade e racionalizar os serviços. Na segunda, que destaca as relações dos profissionais, a equipe é concebida com base

nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na terceira, que destaca a interdisciplinaridade, a equipe representa a articulação dos saberes e a divisão do trabalho.

A inserção de profissionais no sistema de saúde em construção teria como base uma nova **estrutura de serviços com a participação das IES**, o que serviria para modificar o perfil dos profissionais, apontou o relatório da 1ª CNRHS.

Naquela época, o princípio do ensino superior de saúde dizia respeito à adequação da oferta de recursos humanos às necessidades definidas a partir de critérios de hierarquização dos serviços. Acreditava-se que com a implantação do novo arcabouço institucional, o setor acadêmico assumiria responsabilidades sanitárias e sociais. Seriam conseqüências desse processo transformações curriculares no sentido de adequar o perfil profissional às necessidades de saúde e mudanças no perfil das investigações em saúde (BRASIL, 1993b).

Passados sete anos, o relatório da 2ª CNRHS demonstrou que o **perfil** recomendado na Conferência anterior ainda encontrava-se **em desenvolvimento**, não tendo atingido sua concretude. Esse relatório não contradisse o perfil estabelecido anteriormente e buscou aprofundar a discussão dos elementos que dificultavam o alcance do mesmo.

O documento destacou o despreparo dos profissionais na utilização de alguns desses elementos:

*[...] os profissionais de saúde lotados nos serviços estão **despreparados para a utilização da epidemiologia** como instrumento de reorientação da sua prática. Desconhecendo, de fato, as condições de saúde e mesmo de vida, da população, os profissionais de saúde têm se constituído, em muitos casos, em meros executores de programas verticais, definidos pelos níveis hierárquicos superiores, com escassa autonomia e resposta aos problemas de saúde (BRASIL, 1993d).*

Esse argumento, que traz a tona à questão da utilização da epidemiologia como instrumento na reorientação das práticas de saúde, é um elemento de acréscimo ao perfil proposto no relatório da 1ª CNRHS.

A epidemiologia é um dos pilares da saúde pública, portanto deve estar incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde. Com a criação e o fortalecimento do SUS, ela ampliou seu espaço dentro desse Sistema. Além disso, o aumento da demanda por conhecimento epidemiológico proporcionou o desenvolvimento da formação de recursos humanos nas áreas de vigilância à saúde e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2005c).

Enquanto a clínica estuda o processo saúde-doença em indivíduos, com o objetivo de curar casos isolados, a epidemiologia estuda a ocorrência de doenças, de mortes e de quaisquer outros agravos ou situações de risco à saúde da comunidade, com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde da mesma (SOARES *et al.*, 2001).

Outro ponto do relatório da 2ª CNRHS apontava uma preferência pela escolha das carreiras de *medicina* e *odontologia* e a notória evasão dos alunos dos cursos de *enfermagem*, que preocupavam a futura constituição das equipes de saúde.

Para Sakai *et al.* (2001) a distribuição de recursos humanos no Brasil é bem heterogênea, com predomínio de médicos em relação às outras profissões, e com concentração dos mesmos na região Sudeste.

A preocupação relacionada à odontologia é baseada na afirmação de Narvai (2003), na qual a profissão tem-se mostrado ineficiente em algumas de suas ações mesmo não tendo ficado à margem das transformações do sistema de saúde, fato explicado pela prática profissional ser fruto da ênfase individualista que a caracterizou desde seu início. Além disso, existe um atraso histórico dos movimentos de mudança em relação à odontologia, o que exige um esforço

redobrado para a integração da saúde bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional (PARANÁ, 2004).

Já o relatório da 3ª CNGTES enfatizou que o perfil do futuro profissional deveria considerar além das *inovações técnicas* no processo de trabalho, as *inovações pedagógicas, gerenciais, humanísticas, éticas e políticas*.

Exemplificando as inovações técnicas no processo de trabalho o relatório da 3ª CNGTES diz:

*[...] que os universitários da área da saúde sejam preparados para ocupar postos de trabalho específicos nos serviços, na docência, na pesquisa, na gestão e na produção de tecnologias, tendo a oportunidades de vivenciar e conhecer a gestão e todos os setores do SUS (BRASIL, 2006b).*

Neste momento esse relatório *amplia as competências* a serem desenvolvidas pelo profissional de saúde, algumas delas, sendo consideradas campo de conhecimento específicos para cursos de pós-graduação, tanto *lato* como *stricto sensu*.

Esta ampliação do perfil profissional do trabalhador de saúde passa a exigir também um corpo docente capacitado para inovações pedagógicas e uma estrutura de relação das IES com os serviços mais aprofundados a fim de proporcionar experiências de gestão.

Outra recomendação do relatório da 3ª CNGTES foi que os *profissionais* formados deveriam ser *comprometidos com os princípios do SUS, resolutivos* em todos os níveis de atenção, *generalistas* e capacitados para o atendimento da *diversidade*, priorizando a *informação*, a *ética* e a *bioética* como *princípios* formadores.

O mercado de trabalho em saúde é cada vez mais competitivo e necessita de profissionais críticos, reflexivos, competentes, com base científica, capacidade de inovação e poder de ação (ZEM-MASCARENHAS & BERETTA, 2005). A ênfase na formação generalista

e a ampliação da experiência prática durante a graduação são consideradas alternativas para atender a exigência de um perfil multiprofissional, proporcionar a maturidade pessoal e a identidade profissional necessárias para o agir em saúde, conforme explicita Gondim (2002).

Em relação à diversidade, Morin (1999), afirma que para compreendê-la é preciso superar a fragmentação do conhecimento, uma vez que a visão setorial não possibilita enxergar a diversidade. Para Merhy (1997), associar as estruturas físicas e humanas é fundamental para o atendimento da diversidade. Não basta focar numa visão restrita, é preciso garantir a gestão democrática, com o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, com clara definição de responsabilidades.

Portanto, o perfil desejado para o profissional recém formado foi discutido de acordo com as necessidades impostas pelo modelo de atenção em saúde predominante no país. Além disso, de um lado foram levadas em consideração as necessidades da população usuária e do outro, as necessidades do mercado de trabalho em saúde, ambos associados ao modelo de formação adotado à época de cada Conferência.

## 5.2.2 Práticas de Ensino e Aprendizagem

A figura 5 expressa os conceitos-chave que configuram a segunda categoria analítica.

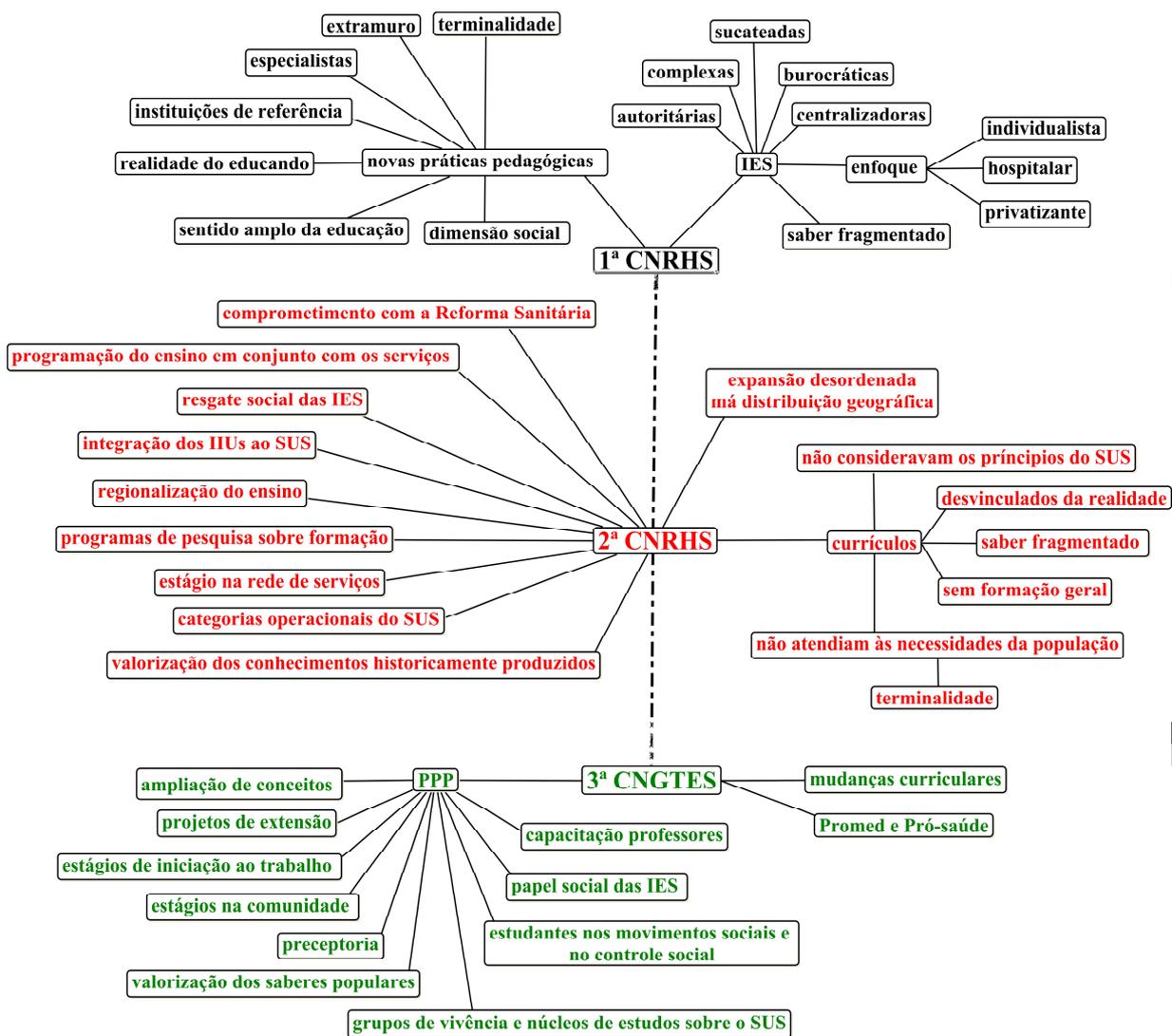


Figura 5 – Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da segunda categoria analítica.

Com relação às práticas de ensino e aprendizagem, o relatório da 1ª CNRHS apontava um novo objeto para a educação em saúde, que deveria ser o homem em sua plenitude de ser social. Esse novo objeto geraria a necessidade de modificação da organização e da estrutura dos cursos, a começar pela alteração do ciclo básico embasado na discussão da questão “saúde e sociedade”. Assim, o ensino ganharia com a *dimensão social* um caráter histórico.

Para Feuerwerker (2003), a concepção de saúde que orienta a formação deve ser ampla, compreendendo a influência de múltiplos fatores em sua determinação, ou seja, todos os profissionais da saúde devem ter uma visão integral do ser humano.

A dimensão social parte do princípio que “as doenças não se distribuem de forma homogênea e perfeitamente aleatória nos diferentes grupos e sociedades”, sendo necessário, “explorar os determinantes que possam explicar essas diferenças”. Reconhece-se que “as condições de saúde das pessoas e dos grupos sociais são resultado de processos que se produzem socialmente”, que dependem das condições em que vivem, moram e trabalham e das relações que estabelecem as pessoas e os diferentes grupos sociais (KOMATSU *et al.* 1999)

O documento identificou também a necessidade de mudança na prática pedagógica dos formadores, que deveria ser alterada buscando referências na *realidade do educando*. O papel e as atribuições do ensino, da pesquisa e da assistência dos departamentos das escolas e os critérios da ascensão na carreira docente deveriam ser rediscutidos.

A formação dos profissionais de saúde não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde. Neste sentido, estudos têm evidenciado o distanciamento entre o ensino proposto pelas escolas e as necessidades de saúde da população. Esse ensino é descontextualizado, com ênfase em conteúdos operacionalizados de uma forma tradicional. Para aproximar a formação em saúde das necessidades da população é necessário superar esse paradigma de conteúdos que predomina (CHIESA *et al.*, 2007).

Para os mesmos autores, essas mudanças envolvem pessoas, valores, culturas e, no campo da saúde e da educação, envolvem também questões ideológicas, sociais, econômicas e históricas, que exigem novos desenhos curriculares focados em metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar. É necessário romper esses paradigmas, sem negar, entretanto, a historicidade das profissões, o acúmulo de conhecimentos e os modelos de atenção à saúde.

O relatório da 1ª CNRHS reforçou que deveriam ser criadas ou mantidas *instituições de referência* que trabalhassem novas práticas de ensino e aprendizagem. Essas práticas deveriam ser *extramuro*, ou seja, deveriam sair do hospital enquanto único pólo formador, mas ao mesmo tempo, deveriam formar *especialistas* para os atendimentos mais complexos, reforçou o documento.

Para Araújo (2006), quando se propõe uma formação para os profissionais do sistema público de saúde e outra para as clínicas especializadas ou científicas, a fim de capacitar profissionais diferentes daqueles que irão atuar na saúde da coletividade, configura-se a exclusão social.

Apesar disso, Segura *et al.* (1995), afirmam que as atividades extramuro possibilitam aos alunos o conhecimento das estruturas organizacional, administrativa, gerencial e funcional dos serviços públicos de saúde; a participação no atendimento à população; a compreensão das políticas de saúde e do papel dos profissionais; o conhecimento das bases epidemiológicas e de suas aplicações práticas, além do conhecimento dos parâmetros e/ou instrumentos de planejamento utilizados nos projetos e programas de saúde.

Para o mesmo autor, a discussão sobre esse tipo de atividade não é recente. Desde 1964, por exemplo, a Prefeitura de Araçatuba e a Faculdade de Odontologia daquela cidade, desenvolvem um projeto chamado de Serviço Extramuro Odontológico (SEMO) que tem dado certo e alcançado seus objetivos, aproximando o científico da prática e da comunidade.

As atividades de IDA também são exemplos de atividades extramuro, pois visavam aproximar as IES dos serviços por meio de práticas extramuro desenvolvidas na rede pública (WERNECK & LUCAS,1996). Neste sentido, diversos projetos surgiram nas faculdades do país, principalmente nas públicas, que aperfeiçoaram essa idéia e, principalmente, continuaram desenvolvendo e acompanhando a evolução dos sistemas locais de saúde (MEDEIROS, 1996).

Outro exemplo vem da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP, que iniciou suas atividades extramuro em 1980, com alunos voluntários do sétimo e oitavo período da graduação (SILVA-NETTO & SILVA, 1987).

Em relação aos hospitais de ensino, a seguinte colocação aparece no relatório da 1ª CNRHS:

*Analisando o papel que o hospital de ensino tem desempenhado na assistência e no ensino, constata-se que ele tem freqüentemente atendido pacientes que não interessam ao setor privado. [...] Além disso, os hospitais de ensino são mantidos por recursos públicos, mas acabam preparando profissionais para a rede privada de serviços de saúde, processo este muitas vezes sustentado pela maneira como se organizam os departamentos das escolas da área de saúde (BRASIL, 1993c).*

Para Feuerwerker (2003), estavam claros quais eram os problemas de saúde e quais as questões do processo saúde-doença que eram abordados ao longo do processo de formação, bem como quais eram os cenários de práticas na graduação. Porém, toda orientação dessa formação estava direcionada para oferecer vantagens competitivas para os profissionais buscarem melhor inserção no mercado privado de saúde, o que explica a supervalorização da especialização, da utilização de tecnologia, do cenário hospitalar.

Além disso, uma IES de qualidade não pode manter cursos na área da saúde sem contar com hospitais-escola integrados às suas atividades acadêmicas. Da mesma forma que a sociedade necessita da formação desses profissionais, as IES necessitam dos hospitais para melhor formar futuros profissionais. Porém, o objetivo central de hospitais-escolas, voltados ao ensino, à pesquisa e à extensão está desvirtuado, ou seja, os hospitais universitários vêm praticando apenas a medicina curativa em alta escala (SOUZA, 1999).

Na opinião do autor, o papel dos hospitais universitários precisava ser redefinido. A proposta é que eles fossem um espaço de atendimento especializado, de pesquisa, de ensino, de residência e de pós-graduação (SOUZA, 1999).

A **educação** deveria ser pública e gratuita, garantida a todos os indivíduos em todos os níveis e as IES deveriam entendê-la em seu **sentido amplo**, não apenas como repasse de conhecimento técnico adquirido, afirmou o relatório da 1ª CNRHS. Esse documento apontou ainda que essas instituições deveriam ser democratizadas no sentido da eleição dos seus dirigentes e das suas decisões, ser autônomas em relação aos orçamentos e financiadas pelo Estado, o que permitiria autonomia administrativa e política.

Esse relatório da 1ª CNRHS também relata a realidade das IES no país:

*[...] as Instituições de Ensino Superior, regidas pela lei do Estado, têm uma estrutura que é **complexa, autoritária, burocrática** e uma postura claramente **centralizadora** (BRASIL, 1993c).*

Além disso, o enfoque dessas instituições era **individualista, hospitalar e privatizante**, sendo as mesmas compostas por uma estrutura de aglomerados que reproduziam a estrutura de classes que as mantinham. Ao servirem aos interesses dessas classes, afastavam-se

cada vez mais dos problemas da população, tornando-se desvinculadas da realidade social e apresentando-se fechadas, dizia o relatório da 1ª CNRHS.

Corroborando o apresentado, Feuerwerker (2003) afirma que as universidades são instituições complexas, que abrigam relações de poder intrincadas e múltiplos interesses. Nelas, existem identidades profissionais distintas de acordo com a área de ocupação, com a modalidade de inserção e com vínculos e identidades externas a essas instâncias.

Soma-se a isso o fato da formação dos profissionais de saúde permanecer alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de cuidado, mostrando-se impermeável ao controle social no setor. Dessa forma, as instituições formadoras têm perpetuado modelos conservadores, centrados em aparelhos, sistemas orgânicos e tecnologias especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER & SENA, 1999).

Em relação à autonomia universitária, Schwartzman (1988) afirma que a Constituição consagrou esse princípio ao mesmo tempo em que começava a discussão sobre a LDB em meio a uma crise financeira que atingia as universidades. Essa autonomia encontra seus limites no atendimento dos fins aos quais as IES se destinam, assim como no atendimento às normas de probidade na gestão dos recursos públicos.

Nesta premissa, o autor aponta que há inúmeros aspectos a serem avaliados, como a ampliação de possibilidades com a participação ativa do setor público, coexistindo lado a lado com as instituições federais, estaduais, municipais e privadas, dotadas de autonomia didática, administrativa e de gestão financeira. Assim, essa autonomia será válida se obedecer ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e estiver aliada ao processo de democratização interna das IES.

Quanto à democracia das IES, Silva (1999) afirma que as propostas para a autonomia universitária se complementam. Para a implementação da autonomia pretendida pelo governo, sob a retórica do seu exercício pleno e da flexibilização da gestão, retrocede-se no que diz respeito à democracia interna. Ao governo interessa submeter os dirigentes das IES ao controle pleno do Poder Executivo e restringir, ao âmbito interno, os mecanismos democráticos de decisão, gestão e controle.

Na prática os principais fatores relacionados ao não cumprimento do preceito constitucional da autonomia são os cortes e restrições orçamentárias, a diminuição dos aportes de apoio à pesquisa científica e à produção intelectual, a precariedade da infra-estrutura do ensino de graduação, a escassez de recursos humanos de apoio técnico e administrativo provocada pela não liberação de vagas de reposição e a fuga dos professores para as instituições privadas (BORDAS, 2002).

Outros apontamentos do relatório da 1ª CNRHS colocavam que as **IES** vinham sofrendo um processo de **sucateamento** nos planos **físico e material**, refletido na prática didático-pedagógica, e que o sistema de créditos levava a uma desintegração horizontal e vertical dos currículos. Apesar disso, as modificações propostas se restringiam às mudanças curriculares baseadas na troca de nome das disciplinas, sem mudanças de programas ou práticas pedagógicas.

O nível de profundidade de mudanças é correspondente à concepção de educação e de saúde. O predomínio de concepções tradicionais de educação e de saúde faz com que as mudanças sejam pontuais como, por exemplo, mudanças de disciplina, de conteúdo, de carga horária. Essas são ações limitadas, nas quais as relações de poder são intocadas, assim como o papel de estudantes e professores na relação de ensino-aprendizagem (FEUERWERKER, 2003).

O relatório da 1ª CNRHS identificou ainda que o *saber* da área da saúde estava *fragmentado* em especialidades e recomendou que se evitasse essa especialização precoce, por meio de normas que obrigassem a alternância de períodos de formação e períodos de prestação de serviços por parte dos profissionais. No sentido de preparar os profissionais para atender as necessidades da população, esse relatório propôs que houvesse *terminalidade* para as ações generalistas nos cursos de graduação.

Na visão de *Sakai et al.* (2001) a especialização precoce leva a uma distribuição heterogênea de recursos humanos em grandes centros urbanos e a fragmentação do processo de trabalho. O que ocorre na prática é a valorização da doença e não do indivíduo, por meio da incorporação permanente de tecnologias especializadas que nem sempre são apropriadas.

De acordo com Gondim (2002), o mercado exige que o profissional tenha conhecimentos e domine técnicas multidisciplinares, o que contribui para que muitos estudantes decidam fazer pós-graduação com o intuito de ampliar sua competência. Isso quer dizer que somente com o curso de graduação eles não teriam condições de atender aos requisitos do mercado.

Em síntese, o relatório da 1ª CNRHS mostrou que as IES eram **complexas**, estavam **sucateadas** e se apresentavam **afastadas da realidade social**. Além disso, existiam conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema de educação, e a integração entre o ensino e o serviço era falha. Dessa forma, as propostas dessa Conferência versaram sobre a adoção de novas práticas pedagógicas baseadas na integração ensino-serviço como forma de promover a integração entre teoria e prática.

No relatório da 2ª CNRHS as práticas de ensino e aprendizagem abordadas emergiram no contexto da *expansão desordenada do aparelho formador* e sua *má distribuição geográfica*, com concentração em grandes centros urbanos.

O crescimento da oferta de vagas nos vestibulares da área de saúde entre 1986 e 1991 foi de 14%, sendo de 1% no setor público e de 35% privado. Na região Norte houve um acréscimo de 37% do número de vagas, na região Sul o acréscimo foi de 18% e na Sudeste de 11%. Em 1993, o curso de medicina, por exemplo, teve 47.919 alunos matriculados no país, sendo que desses, 2.068 distribuíam-se na região Norte e 27.285 na região Sudeste. (INEP, 1996).

Além disso, o relatório da 2ª CNRHS afirmou que os *currículos* dos cursos da saúde mantiveram-se *desvinculados da realidade* da região em que se localizavam as IES, *desconsideravam os princípios da reforma sanitária* e eram *carentes de conteúdos de formação geral*. A formação por disciplinas contribuía para a *fragmentação do ensino*, não existiam matérias ou disciplinas que permitiam a compreensão do contexto de saúde e das condições de funcionamento do SUS, além dos estágios serem realizados sem acompanhamento ou supervisão de pessoal capacitado, enfatizou esse relatório.

Esse documento indicou também que os egressos dos cursos da saúde *não correspondiam às necessidades da população*, que necessitava de profissionais generalistas, como já apontava o relatório da 1ª CNRHS, indicando que a questão da não *terminalidade* da graduação continuava presente no contexto brasileiro.

O relatório da 2ª CNRHS afirmou ainda que a entrada desses profissionais no mercado de trabalho era postergada por meio de sucessivos processos de pós-graduação, incentivados pelo *mercado de trabalho* que exigia a formação de *especialistas*.

Segundo Costa Neto (2000) e Santos *et al.* (2000), o modelo assistencial que prevalece no Brasil se caracteriza pela prática profissional de natureza biológica, individualista e hospitalar, de baixa cobertura e elevado custo, com respostas pontuais de procedimentos curativos individuais e de forma descontextualizada e com dificuldade no desenvolvimento de ações no âmbito coletivo.

Essas características estão diretamente relacionadas à questão da formação. Algumas faculdades procuraram reverter o atual modelo de formação por meio de reformas curriculares, porém, depararam-se com a resistência de alguns profissionais em mudar o atual modelo baseado na especialização. Dessa forma, o ensino tornou-se segmentado, apenas reproduzindo velhas práticas de assistência. Tais atitudes são reforçadas, por exemplo, nas faculdades de medicina que tem como base um currículo tradicional, sistematizado a partir da lógica flexneriana (MATTOS, 2001).

Feuerwerker (1998) expõe que, o médico formado para atender as necessidades de saúde da população era tradução da aspiração de certos setores médicos nas sociedades capitalistas, o que implicava em custos crescentes. Porém, Schraiber (1998) aponta que a formação desse tipo de profissional poderia ser viabilizada se houvesse uma simplificação tecnológica em razão da prevalência dos problemas mais comuns nos segmentos sociais. Na mesma concepção, a autora faz uma análise crítica a respeito do impacto negativo da introdução da especialidade na graduação, em função da fragmentação do conhecimento.

A excessiva especialização médica é apontada como uma das responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Em função disso, várias tentativas vêm sendo feitas para corrigir a associação especialista e generalista, sem prejuízo da qualidade. Mas, a tendência à especialização também vem sendo observada nas demais carreiras da saúde, ainda que de forma incipiente (BRASIL, 2002b).

No Brasil, por exemplo, mais de 2/3 dos médicos que se formavam ingressavam na residência médica, número que vem aumentando nos últimos anos. Esses recém formados dominam aproximadamente 50% dos conhecimentos que deveriam ter ao término da graduação. Assim, a residência incorporou-se como uma continuidade natural da graduação e com isso, perdeu-se a terminalidade dos cursos, o que significou aumento de custos (BRASIL, 2002b).

A procura de médicos recém-formados pelas residências, como alternativa complementar à graduação, pode ser explicada pela importância da prática no processo de formação e pela crescente especialização no próprio processo de formação. Além disso, as residências promoveriam uma melhor inserção no mercado de trabalho (FEUERWERKER, 1998).

Gondim (2002), ao investigar as expectativas de inserção futura no mercado de trabalho de estudantes universitários em fase de conclusão de curso, demonstrou que a formação universitária era insuficiente para atender à demanda requerida no mercado de trabalho. Para o autor, os sujeitos da pesquisa reconheceram a necessidade de se qualificarem para se manter no mercado, mas o principal motivo que os levava para a pós-graduação era o despreparo profissional, que por sua vez, acabava adiando o ingresso no mercado de trabalho.

Assim, o relatório da 2ª Conferência apresentou algumas propostas relacionadas às práticas de ensino e aprendizagem:

- *A **integração** efetiva dos **Hospitais Universitários** e dos Hospitais Militares ao SUS;*
- *A **regionalização** e **desconcentração** dos cursos de formação de profissionais de saúde (graduação, pós-graduação e habilitações técnicas de nível médio);*
- *O **comprometimento** das instituições universitárias com o processo de **Reforma Sanitária** e o modelo assistencial definido nas leis 8080/90 e 8142/90, através: da formulação de currículos plenos que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do país; da implementação de política de*

- capacitação docente orientada para o SUS; da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão;*
- *A **valorização** na formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior, dos **conhecimentos historicamente produzidos** e acumulados pela humanidade, incluindo: conceito ampliado de saúde, ética e cidadania; epidemiologia; sociologia; antropologia; organização dos serviços de saúde; vigilância a saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; práticas não convencionais; as relações sociais de gênero; o processo de trabalho em saúde;*
  - *A valorização do **estágio curricular** obrigatório na rede básica de serviços, criando condições para sua valorização;*
  - *A **programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços** onde se desenvolvem aquelas atividades, de forma que a docência, nos serviços, possa ser feita também pelos profissionais da rede, estabelecendo para estes uma gratificação adicional;*
  - *O **resgate do papel das Universidades** enquanto centros de formação e de produção de conhecimento, devendo-se direcionar a pesquisa para a realidade social, na tentativa de superar a dicotomia ainda existente entre a Universidade e a realidade vivenciada pelas comunidades e entre a Universidades e o mundo do trabalho;*
  - *A **implementação e o financiamento de programas de pesquisa sobre formação/ qualificação** e parâmetros quanti-qualitativos de pessoal da saúde, tendo como referência o quadro epidemiológico e demográfico (regional/local) e a consolidação do SUS (BRASIL, 1993d).*

O relatório da 2ª CNRHS recomendou também que os esforços na formação deveriam ser concentrados nas **categorias necessárias à operacionalização do SUS**, tendo como base a realidade epidemiológica local e o diagnóstico dos serviços de saúde existentes.

De acordo com Sakai *et al.* (2001), os processos pedagógicos desenvolvidos devem buscar uma articulação entre trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade e problemas e soluções. Para os autores, as relações entre essas articulações devem ter sempre como pano de fundo, as características sociais e econômicas do meio em que esses processos se desenvolvem.

Portanto, o relatório da 2ª CNRHS evidenciou que os currículos das IES mantinham referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado, baseados na dicotomia entre

teoria e prática e no conhecimento repassado por disciplinas ou especialidades, que não atendiam as necessidades de saúde da população. Neste sentido, as propostas dessa Conferência apontavam que a integração ente o ensino e o serviço deveriam incorporar a comunidade e atender os princípios do SUS; que os currículos de formação deveriam ser revistos e que as IES deveriam ser regionalizadas.

A 3ª CNGTES propôs por meio de seu relatório final o incentivo às ***mudanças curriculares*** para todos os cursos de graduação em saúde. Essas mudanças deveriam prezar pela ***integralidade, multiprofissionalidade, interdisciplinariedade*** e garantir a ***participação da sociedade*** na construção e implementação desses projetos.

A integralidade é o eixo norteador das mudanças curriculares, sendo crescente, portanto, a necessidade de enxergar a realidade além dos limites disciplinares e conceituais do conhecimento fragmentado (RODRIGUES & REIS, 2002).

Para Nietzsche (2000), a importância da integralidade está na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade que, partindo de um contexto complexo com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas. Na concepção de Victor (2004), a partir do princípio de integralidade concebe-se que todos os profissionais de saúde devem aprimorar a visão holística, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida.

A necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e de práticas na área de saúde, irá alicerçar um novo profissional preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades (MACHADO *et al.*, 2007).

Feuerwerker (2002), afirma que a compreensão de integralidade coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como fundamentais e como estratégias mais práticas e desejáveis do que a tentativa de formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários. Dessa forma, para que o processo de ensino e aprendizagem seja permanente e permita uma integração interdisciplinar e multiprofissional as metodologias ativas tornam-se essenciais (IVAMA *et al.* , 2003).

O *Promed e o Pró-saúde* já citados anteriormente, foram criticados na 3ª CNGTES pelo fato de não respeitarem os princípios citados acima e não serem construídos e pactuados no Conselho Nacional de Saúde.

Em relação aos *projetos político-pedagógicos (PPP)* dos cursos de graduação, o relatório da 3ª CNGTES propôs a criação de *projetos de extensão* por períodos prolongados, onde o aluno pudesse participar do acolhimento às intervenções aos usuários do SUS, supervisionado por um docente.

Outras propostas desse relatório incentivavam a criação de *núcleos de estudo sobre o SUS* nas universidades e a promoção de *grupos de vivência* entre profissionais, estudantes e usuários. Esses grupos visariam estabelecer novas relações de trabalho que possibilitassem aos envolvidos conhecer as realidades vivenciadas, humanizando suas relações e fortalecendo seus laços de convivência e cooperação.

Atualmente, a extensão deve ser um objetivo básico da educação superior, redefinida e ampliada como promoção da comunidade, necessariamente multidisciplinar, buscando a transdisciplinaridade. Isso deve ser efetuado pela universidade em associação com a população, a fim de resolver problemas prioritários e transformar a sociedade. Da mesma forma, o ensino-pesquisa-extensão deve buscar diagnosticar e propor soluções para os problemas de saúde, de maneira mais ampla, intersetorialmente (ARAÚJO, 2006).

Cabe destacar a idéia de projetos de extensão à comunidade da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), por exemplo, que desenvolvem trabalhos que buscam a articulação entre ensino, pesquisa e assistência, a construção do conhecimento a partir dos problemas da população e o envolvimento do aluno com a comunidade (FEUERWERKER, 2002). Em Londrina, o Projeto Especial de Ensino (PEEPIN), destinado a assistência primária à saúde, práticas multiprofissionais e interdisciplinares, começou como uma atividade optativa, mas se tornou curricular ao longo do tempo, considerando-se como carga horária necessária para integralização do currículo pleno (SOARES *et al.*, 1996).

Na avaliação de Ito *et al.* (1997), essa metodologia problematizadora se propunha a viabilizar a interação entre o sujeito e o objeto no ambiente de trabalho. Levando-se em conta as formas de aprender do sujeito e os recortes do objeto, partia-se de um referencial de percepção da realidade, sem negar os conhecimentos da prática e do senso comum, para construir novos conhecimentos de acordo com a habilidade profissional.

O relatório da 3ª CNGTES apontou ainda que deveriam ser abordadas nas ações de formação temáticas sobre o controle social, além de serem ***ampliados os conceitos*** de saúde, ética, bioética, trabalho, ambiente, economia, ***terapias alternativas***, educação popular, ecologia e cidadania por meio da inserção da filosofia, sociologia, antropologia, psicologia e ciência política nos PPP das IES.

Em relação às ***terapias alternativas***, Serrano (1984) afirma que a procura por elas se deu na década de 60, porque as mesmas passaram a servir como instrumento de contestação contra os abusos e injustiças da sociedade moderna e também como instrumento de divulgação de novas idéias sobre o modo de viver. Essas terapias possivelmente representam uma reação contra o uso exacerbado de medicamentos e de produtos químicos que podem em longo prazo causar efeitos prejudiciais ao homem e ao meio ambiente (SERRANO, 1984).

Nogueira (1984) destaca que a busca de *práticas alternativas* pelos profissionais de saúde seria uma reação à frustração e desencantos provocados pela ciência ortodoxa, ou talvez, seria a conscientização desses profissionais dos riscos do uso exagerado dos medicamentos industrializados.

De qualquer forma, a preocupação com a cientificidade das *terapias alternativas* já se encontra discutida na literatura, relacionando-se com a prática, a pesquisa e sua divulgação. O que se recomenda é que os profissionais envolvidos nessa área invistam mais em pesquisas, comprovações e publicações que permitam inserir com maior propriedade este tipo de assistência no âmbito das práticas de saúde (BARBOSA, 1994).

Foi proposta pelo relatório da 3ª CNGTES a implementação de uma política que envolvesse os *estágios de iniciação ao trabalho*. A carga horária dos *estágios junto à comunidade* deveria ser aumentada, assim como definidos campos de estágio na área de gestão, nas unidades de saúde, e na área de controle social. A utilização de serviços de saúde complementares aos SUS para esses estágios também foi proposta no relatório.

Schaedler (2003) lembra que a legislação do SUS exige novas práticas, e que essas não se fazem sem novas práticas pedagógicas na formação, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços. Tal afirmação leva a compreensão que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessárias. Não se trataria, seguindo essa colocação, de mudar o currículo ou a organização dos serviços, senão as próprias práticas (PINHEIRO & LUZ, 2003).

Gondim (2002) defende essa idéia ao afirmar que quando poucas oportunidades de exercício prático são oferecidas durante a graduação, relacionadas com as dificuldades de articular a formação científica e a profissionalizante, o estudante experimenta um sentimento de

insegurança, seu perfil torna-se fragmentado e sua identidade profissional fragilizada, o que prejudica a visualização de perspectivas concretas de inserção no mercado de trabalho.

Outra proposta do relatório da 3ª CNGTES incentivava a abordagem e a **valorização dos saberes populares** por meio de sua tematização nas ações de formação, revertendo-os em práticas de cuidado. Essa valorização significava incentivar e realizar programas comunitários, implantar o Programa Saúde da Família (PSF), utilizar os saberes de medicina alternativa e considerar os movimentos sociais uma expressão dos saberes e práticas populares.

Além dos conhecimentos científicos, outros saberes e conhecimentos baseiam-se na percepção de que na ação profissional é preciso ir além do conhecimento estabelecido. A ciência é necessária como embasamento da prática profissional, mas não se podem dispensar outros saberes e conhecimentos, ainda que menos sistematizados e formalizados. Esses conhecimentos podem ser menos formais e parecerem menos sólidos do que os conhecimentos científicos, mas nem por isso são menos necessários na atuação profissional (MARSIGLIA & SPINELLI, 2005).

O estímulo à **participação de estudantes em Conferências de Saúde**, encontros, seminários, **espaços de movimentos sociais e de controle social**, garantindo dispensa de suas atividades acadêmicas, também foi proposto pelo relatório da 3ª CNGTES.

Esse fato já vem ocorrendo nos últimos anos no entendimento de Sposito (1999), com uma maior participação e interesse de estudantes nos movimentos sociais. Essa experiência coletiva entre jovens apresenta certo associativismo em torno de ações voluntárias, comunitárias ou de solidariedade e, compreende temas diversos como o combate à exclusão, o meio ambiente, a qualidade de vida e a saúde.

No que diz respeito à relação entre IES e comunidade, o relatório da 3ª CNGTES propôs a discussão acerca do **papel social das universidades** e o estabelecimento de vínculo entre as mesmas, sensibilizando e problematizando os atores envolvidos. Esse vínculo poderia ser

alcançado por meio de práticas extramuro e pela aproximação entre IES e instâncias do controle social.

Para Merhy (2002), devem ser estimuladas mudanças que visem à implementação de instituições formadoras com relevância social. Essas instituições devem prezar pela qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da comunidade, serem capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em diferentes áreas e, serem ativas na qualificação de profissionais de saúde. Essas mudanças somente serão alcançadas com políticas articuladas entre educação e saúde, articulando as IES, os sistemas de saúde e o controle social.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), uma política ativa de mudança na formação irá possibilitar uma melhor articulação entre IES, serviços e sistema de saúde. Com o processo de aproximação e construção de compromissos, a responsabilidade pública e a relevância social da universidade serão ampliadas na medida em que trazem para o contexto da educação o conjunto das diretrizes do SUS, em especial a integralidade.

A *capacitação de professores* para o novo processo pedagógico no qual o aluno é sujeito de sua formação, chamado de *problematizador*, foi proposta no relatório da 3ª CNGTES. Essa capacitação, segundo o documento, poderia garantir o engajamento de docentes, das instituições e da sociedade no acompanhamento de estudantes no SUS, na perspectiva da construção de uma rede escola e da mudança de paradigma na formação.

No entendimento de Bourdieu, citado por Araújo (2006), a modernização de métodos não garante que a universidade se integre ao meio, identifique problemas e influa para mudar a realidade social. Mais especificamente, é necessário tratar da questão da mudança de conteúdos e práticas, que não são decorrentes de qualquer mudança metodológica, mas de uma transformação na cultura pedagógica da instituição, com um processo de capacitação em educação para docentes.

Garanhani (2004) comenta que um currículo integrado adota, em sua concepção pedagógica, os princípios da problematização, buscando o desenvolvimento do aluno ativo, participativo, crítico e co-responsável pelo seu aprendizado. Isto provoca a necessidade de rever antigas e presentes concepções do processo ensino e aprendizagem. Faz com que o docente, o tempo todo reflita e re-signifique a sua atuação enquanto ser neste mundo. Isto também implica no movimento de ida e volta às formas através das quais aprendeu e como iniciou a atuação profissional de educador, pois ninguém se torna um professor problematizador de um dia para o outro. Cada um segue seu tempo e seu espaço de abertura para novos conceitos e novas práticas.

A educação do futuro deverá ser centrada na condição humana. Conhecer o humano é antes de mais nada situá-lo no universo e não separá-lo dele. Quem somos? Onde estamos? De onde viemos? Para onde vamos? Interrogar nossa condição humana implica em primeiro questionar nossa posição no mundo (MORIN, 2000)

Para Venturelli (1997), o processo educacional contemporâneo resgata a necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os alunos assumem o papel de indivíduos passivos, preocupados apenas em recuperar informações quando solicitados.

Apropriando-se de conceitos desenvolvidos por Paulo Freire, ressalta a necessidade de conceber a educação como prática de liberdade, em oposição a uma educação como prática de dominação. Ao propor a educação de adultos como prática de liberdade, Freire (1975) defende que a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo.

Por isso, a educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório.

Neste sentido, o relatório da 3ª CNGTES apontou que a **formação de professores** capacitados para esse novo processo, tinha como exemplo, o curso de ativação de processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde, que valorizava a incorporação de conhecimentos oriundos das diretrizes do SUS.

Assim, as práticas de ensino-aprendizagem evoluíram com o incentivo às mudanças curriculares para os cursos de graduação, acompanhadas pela instituição de políticas pró-mudança no âmbito do MS. Ao longo das CNRHS e da CNGTES, essa evolução vem contribuindo para modificar a estrutura dos cursos, aproximando-os dos serviços e da comunidade, e modificar também a prática pedagógica tornando-a mais ativa. Novos conceitos foram incorporados às práticas das IES e o papel social dessas instâncias foi destacado nas três Conferências.

### 5.2.3 Articulação Ensino-Serviço-Comunidade

A figura 6 expressa os conceitos-chave que configuram a terceira categoria analítica.

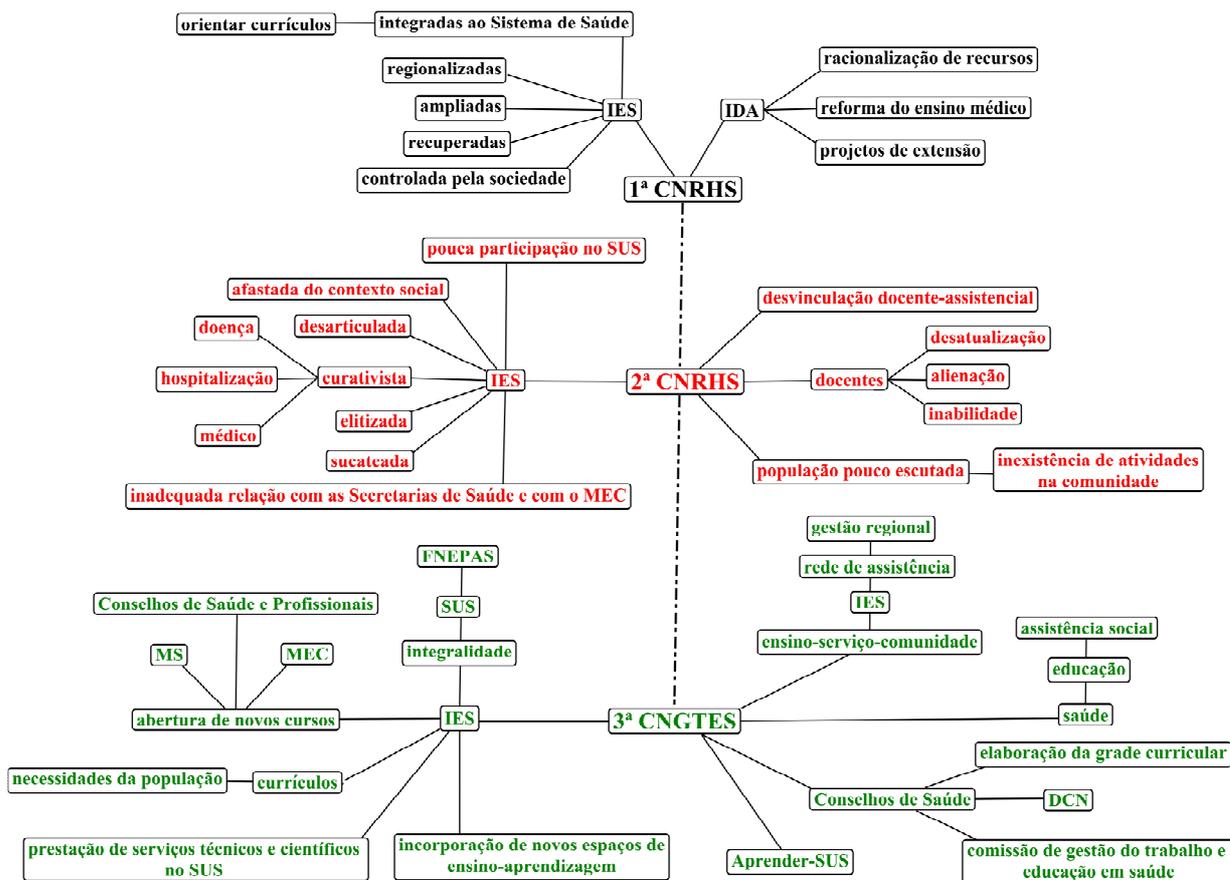


Figura 6 - Quadro demonstrativo dos conceitos-chave da terceira categoria analítica.

Na época da 1ª CNRHS, a articulação entre o ensino e os serviços e a comunidade estava relacionada aos *projetos IDA*. O relatório final dessa Conferência fez referências à IDA como parte de um processo de *reforma do ensino médico*, como um projeto de *racionalização de recursos* no ensino e na prestação de serviços em saúde e como uma experiência de *projetos de extensão* das universidades.

Sem um consenso acerca do conceito de IDA, suas concepções, que emanaram das experiências realizadas, apontavam para:

- *práticas extramuro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Saúde Pública [...] ;*
- *experiências de aprendizagem mais amplas que os estágios curriculares dos alunos;*
- *integração entre ensino e assistência no interior do próprio hospital de ensino;*
- *processo de transformação comportamental de docentes e alunos, que rejeitavam as práticas assistenciais, principalmente ao nível primário;*
- *alternativa de atendimento da demanda dos serviços de saúde sem ampliação dos recursos das instituições públicas prestadoras de serviço;*
- *mecanismos de controle dos recursos destinados à assistência secundária e terciária;*
- *estratégia de transformação das práticas em saúde no que diz respeito às ações de ensino do aluno, reciclagem de profissionais, pesquisa e encaminhamento de pacientes, procurando, portanto, trocas reais de poder e saber entre docentes e profissionais;*
- *superação do caráter periférico dos projetos de Medicina Preventiva para populações de baixo poder aquisitivo (BRASIL, 1993c).*

A estratégia dos projetos de IDA era reorganizar os serviços de saúde visando efetivar o novo Sistema, aproximando o ensino da realidade social e transformando a forma de prestação dos serviços e as práticas de ensino. Para operacionalizar essa estratégia foram identificadas no relatório da 1ª CNRHS algumas diretrizes:

- *Transformação dos serviços de saúde para que também façam pesquisa e ensino;*
- *Inclusão do hospital de ensino no SUS;*
- *Emprego único para profissionais dos serviços de saúde e das escolas da área da saúde;*
- *Democratização das estruturas dos serviços e das instituições de ensino;*
- *Discussão do SUS e da questão dos recursos humanos nos serviços e nas instituições de ensino;*
- *Uniformização das condutas assistenciais em saúde;*

- *Reforma curricular e implantação de novas práticas pedagógicas nas instituições de ensino;*
- *Participação das instituições de ensino nas CIS, CRIS, CIMS, e CLIS, no planejamento da assistência e na definição dos mecanismos de financiamento dos SUS, onde se inclui o hospital de ensino;*
- *Estabelecimento de convênios definindo as obrigações de cada instituição;*
- *Definição das condições de trabalho e das carreiras de docentes e profissionais de saúde, permitindo competitividade de trabalho de docência e de assistência do setor público com o privado (BRASIL, 1993c).*

Entre os problemas apontados no relatório da 1ª CNRHS para a consolidação desses projetos estavam a desintegração entre os serviços de saúde, a desintegração desses serviços com as IES, a alienação dessas instituições, a falta de diálogo entre docentes, discentes e profissionais, e os conflitos entre as propostas do sistema de saúde e a estrutura das IES.

Marsiglia (1995) desenvolveu uma pesquisa avaliando os 10 anos de existência da Rede IDA e verificou que 41,7% das experiências ocorreram no âmbito acadêmico, com mudanças no modelo de ensino, no currículo, na relação aluno/paciente, na capacitação docente, entre outras. As mudanças nos serviços e na comunidade ocorreram em menor proporção, com melhora e ampliação da assistência, integração e implantação do SUS e atuação social. Com o passar dos anos, a concepção de IDA foi considerada limitada, pois a presença da comunidade como membro efetivo do processo foi pouco influente, tendo sua participação inserida somente como usuária do serviço.

Nos anos 90, os projetos UNI são os protagonistas para a mudança de paradigma, uma espécie de novo arcabouço conceitual do pensamento, do trabalho e da ação no setor saúde. Naquele momento, os conceitos utilizados anteriormente pela Rede IDA já não explicavam a realidade e não facilitavam o trabalho em saúde. O choque com o aumento dos custos da

assistência, a qualidade da atenção à saúde e a desumanização do atendimento contribuíram para a proposta de mudança na formação e para a participação da comunidade (CHAVES, 1994).

O relatório da 1ª CNRHS continuava reforçando que as **IES** deveriam ser **regionalizadas, recuperadas, ampliadas e integradas ao sistema de saúde**. O processo educativo deveria começar e terminar na sociedade, que formularia mecanismos de controle do produto final das IES.

Dez anos depois, em 1996, a LDB estabeleceu que a educação superior deveria ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo com a comunidade uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Dessa forma, as IES vêm sendo pressionadas por mudanças no processo de formação e na maneira como se relacionam com a população, se encontrando em processo de reconstrução de suas identidades para poder atender aos apelos da sociedade (GARCÍA, 2003).

Bersch (2002) expõe que em continuidade aos princípios aprovados pela LDB o MEC deu forma à diversificação de modelos de IES, inovando na concepção e implantação de mecanismos de acompanhamento e verificação de qualidade dessas instituições. Assim, além da inovação e da expansão do número de matrículas, promoveu-se uma aproximação entre as IES e a sociedade. O exame nacional de cursos, a análise das condições de ensino e o projeto e avaliação institucionais são exemplos no sentido de orientar o governo na acreditação da IES.

Outra proposta do relatório da 1ª CNRHS versava sobre a viabilização, a nível estadual, de uma **articulação interinstitucional**, que tivesse como o objetivo criar uma política de recursos humanos com vistas à Reforma Sanitária. Tal articulação se daria por meio da criação de comissões ou grupos de trabalho constituídos por representações de diversos órgãos dos setores saúde, educação e trabalho. Foi proposto também que o setor saúde orientasse os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional.

Diferente da 1ª CNRHS, o relatório da 2ª CNRHS fez poucas considerações a respeito dos projetos de IDA, e apontou que havia sim uma:

- *desvinculação docente-assistencial, com evidente dissociação do saber e do fazer;*
- *inabilidade, alienação e desatualização de grande parte dos professores* (BRASIL, 1993d).

O resultado dessa desarticulação foi uma separação cada vez maior entre os trabalhadores docentes e os dos serviços de saúde. Este fato pode ser explicado pelo aumento do crescimento intelectual no campo docente (teoria) e pelo aumento do conhecimento do mundo do trabalho (prática).

As prováveis explicações para essa desarticulação podem ser encontradas na academia e nos serviços. Na academia, o descompromisso com a gestão, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores em relação ao novo enfoque de aprendizagem, a relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade são alguns exemplos. Nos serviços, os exemplos são a resistência dos profissionais às mudanças, a formação de profissionais que não faz parte do cotidiano do trabalho, o acréscimo de função, a estrutura física inadequada, a resistência da população à presença de estudantes nos serviços e a identificação de fragilidades do serviço prestado (OLIVEIRA, 2003).

No que diz respeito aos docentes, sua qualificação enquanto um educador torna-se cada vez mais importante, uma vez que, o ensino na área de saúde não prepara o profissional para a docência.

Garanhani (2004) retoma a importância da formação de educador e de como, às vezes, os docentes da área da saúde têm apenas a formação profissional específica, mas um desconhecimento muito grande da formação de educador.

Segundo Mizukami (1997), os professores, em geral, assumem idéias, atitudes e comportamentos da formação vivenciada durante o período em que foram estudantes. Esse tipo de formação, proporcionada pelas experiências anteriores, é insuficiente, mesmo com a capacidade autodidata do professor. Sendo assim, a formação permanente do professor é imprescindível para a evolução do ensino em saúde (BENEDITO, 1995). Esse fato é de conhecimento das IES, porém poucas ações são tomadas no sentido de reverter esse quadro (VENTURELLI; FIORINI, 2001).

Para Gadotti et al. (2000) a educação que os homens e mulheres do futuro necessitam é uma educação para a diversidade, uma ética da diversidade e uma cultura da diversidade. Deve voltar-se para o ser humano multicultural, torná-lo capaz de ouvir, de prestar atenção ao diferente e de respeitá-lo. Nesse cenário, é preciso reconstruir o saber da escola e a formação do educador. O professor deverá ser mais criativo e aprender com o aluno e com o mundo. A escola deverá ser um espaço de convivência, onde os conflitos possam ser trabalhados.

Na visão de Perrenoud (2002), a autonomia e a responsabilidade de um profissional dependem de uma grande capacidade de refletir sobre sua ação. A verdadeira prática reflexiva envolve uma postura que deve se tornar quase permanente, inserir-se em uma relação analítica com a ação. Sua realidade não é medida por discursos ou intenções, mas pelo lugar, pela natureza e pelas conseqüências da reflexão no exercício cotidiano da profissão.

Garanhani (2004) apoiada nestas considerações de Perrenoud retoma que os grandes pedagogos consideram o professor ou o educador como um inventor, um pesquisador, um improvisador, um aventureiro que percorre caminhos nunca antes trilhados, podendo se perder

no caso de não refletir, de modo intenso, sobre o que faz e de não aprender rapidamente, com a experiência.

O relatório da 2ª CNRHS afirmou ainda que, a **população** vinha sendo **pouco escutada** em relação aos seus problemas de saúde, fato explicado pela constatação que os serviços e os gestores não haviam criado canais e mecanismos efetivos para escutar os interesses e necessidades da população. Dessa forma, a ação dos profissionais de saúde foi reduzida ao interior dos serviços, com a **inexistência ou a desvalorização das atividades na comunidade**.

Em relação as **IES**, o relatório da 2ª CNRHS demonstrou a **pouca participação** dessas instituições nos projetos do **SUS**, e seu **distanciamento da realidade** de saúde da população, manifestada nos planos teórico, prático e ético. Assim, a Universidade estava afastada do contexto social e apresentava-se: **sucateada, elitizada, desarticulada, curativista**, centrada na **doença** e na **hospitalização**, na figura do **médico**.

Esse relatório mostrou também que a **cooperação** entre as **IES** e as **Secretarias de Saúde** se reduzia à assinatura formal de **convênios**, e que o **MEC** tinha **inadequada participação** no processo de **discussão a respeito da formação** em saúde.

Diante do exposto, relatório da 2ª CNRHS apresentou algumas propostas relacionadas com a temática saúde/educação:

- *A regulamentação imediata do art. 200, inciso III da Constituição Federal que delega ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde;*
- *A defesa da universidade pública, gratuita e autônoma como define o art. 207 da Constituição Federal e o estabelecimento de mecanismos que promovam a sua efetiva articulação com o SUS;*
- *A incorporação e a participação da universidade em programas interinstitucionais e multidisciplinares, que tenham como objetivo a preservação do meio ambiente e a educação das comunidades em relação à saúde;*

- *A revisão e a avaliação dos currículos dos cursos da área da saúde [...] fundamentado-os na interdisciplinariedade, na multiprofissionalidade e na articulação ensino-serviço, tendo como referência a realidade epidemiológica e demográfica da região e, como eixo nucleador o compromisso ético e político dos profissionais com a população;*
- *A participação das universidades, especialmente as públicas, no SUS, mediante a elaboração de atividades conjuntas com as secretarias de saúde nas áreas de: ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada, pesquisa, avaliação de serviços e programas de saúde, bem como a adequação e a inclusão dos Hospitais Universitários no SUS;*
- *A realização de convênios ente municípios, estados, e órgãos formadores, objetivando a organização e o oferecimento de cursos de formação, capacitação, atualização profissional e profissionalização dos trabalhadores sem qualificação específica;*
- *A integração ente as instituições formadoras de recursos humanos e as instituições prestadoras de serviços de saúde, incluindo nesse processo conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação;*
- *O estabelecimento, pelos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), de critérios referentes à formação de profissionais de saúde (nível médio e superior) e a obrigatoriedade de que os mesmos sejam incorporados pelos Conselhos Federal e Estaduais de Educação quando da criação de novos cursos na área da saúde e quando do reconhecimento, avaliação e credenciamento dos que estão em funcionamento;*
- *A criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais;*
- *A criação de Comissões Intersetorias de Recursos Humanos vinculadas aos Conselhos de Saúde, a exemplo do que já ocorre no Conselho Nacional de Saúde, para avaliar continuamente os processos de formação de os programas de qualificação e capacitação de recursos humanos em saúde, ente outras competências (BRASIL, 1993d).*

Seguindo a tendência da 2ª CNRHS, o relatório da 3ª CNGTES apresentou um texto sucinto sobre a IDA, apontando formas de se alcançá-la. Por exemplo, esse relatório propôs que corresse intercâmbios entre os órgãos gestores, os técnico-científicos e os

formadores na realização de capacitação, atualização e formação de trabalhadores para o SUS, além da capacitação e assessoramento aos conselheiros de saúde.

O relatório da 3ª CNGTES propôs a construção e a ***ampliação da rede de integração ensino-serviço-comunidade*** por meio de ***parcerias*** entre a ***gestão locoregional, as instituições formadoras e as assistenciais públicas***. Essas parcerias deveriam buscar a inserção do discente e do docente no processo de trabalho de equipes de saúde, para que ocorresse a troca de saberes e a aprendizagem participativa pelo trabalho, na perspectiva de transformação das práticas.

A ***interação*** entre os campos da ***saúde*** e da ***educação*** na construção de ações estratégicas da política de educação em saúde deveria ser potencializada e envolver as escolas, desde a educação infantil ao ensino superior, propôs o relatório da 3ª CNGTES. Além disso, deveria ser promovida a interação desses campos com o da ***assistência social***, por meio da implementação de seminários de saúde e educação que tivessem como finalidade debater questões ligadas à intersetorialidade.

Outra proposta do relatório da 3ª CNGTES versava sobre o estabelecimento de estratégias para implantar e/ou implementar um Núcleo de Educação, Comunicação e Mobilização Popular em Saúde, com a participação dos setores citados acima nas três esferas de governo.

O relatório da 3ª CNGTES reforçava que as ***IES*** deveriam enfocar a ***integralidade*** da atenção à saúde como eixo transversal do curso, articulando e estabelecendo ***ações cooperadas entre elas, com o SUS e com os movimentos sociais*** como, por exemplo, o FNEPAS.

Dessa forma, esse relatório apontou que seria fortalecido o trabalho integrado entre MS, MEC e FNEPAS, a fim de criar espaços de discussão para implementação das DCN nos

cursos da saúde. O objetivo era buscar estratégias que possibilitassem uma formação voltada para as necessidades do SUS, garantida pelos sistemas de avaliação da educação superior em saúde, com a participação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e dos Conselhos de Saúde e Educação nos diferentes níveis.

Em relação à **abertura de novos cursos** e de novas vagas na área da saúde, o relatório da 3ª CNGTES propôs que esses quesitos fossem **orientados** pela articulação entre **MS, MEC, Conselhos de Saúde e conselhos profissionais**. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde, o MS e o MEC deveriam definir critérios reguladores para a criação de novas instituições, priorizando a abertura e a interiorização dos cursos e a ampliação do número de vagas nas instituições públicas, considerando as necessidades sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas de cada região.

O relatório da 3ª CNGTES propôs também:

*ampliar a oferta de cursos em vagas públicas de formação para o SUS, subordinados à necessidade de profissionais e de especialistas de acordo com a realidade local; utilizar critérios de seleção que assegurem a fixação de profissionais, bem como contemplem justificativas de desenvolvimento e necessidades regionais ou sociais que implique diretamente nos processos seletivos e de gestão destes cursos e vagas, com maior fiscalização dos órgãos competentes (BRASIL, 2006b).*

Com relação aos **currículos**, o relatório da 3ª CNGTES afirmou que esses deveriam **atender as necessidades da população** sem o prejuízo dos conhecimentos fundamentais e da competência de cada profissional, fundamentando-se na articulação ensino-serviço-comunidade por meio da abertura de campos de estágio. Enfatiza-se aqui que essa premissa já vem sendo proposta desde o relatório da 1ª CNRHS.

A produção e a disseminação destes conhecimentos e tecnologias no cotidiano do trabalho em saúde deveria ser promovido por meio da *prestação de serviços de suporte tecnológico, assessoramento técnico-científico e documental* no âmbito do *SUS*, indicou o relatório da 3ª CNGTES.

Esse documento propôs também que fossem incorporados à estrutura das IES *novos espaços de ensino-aprendizagem* como os centros de saúde escola, outras unidades de saúde, além de escolas e creches ligadas ao SUS. Os hospitais deveriam apoiar as especialidades das equipes de saúde da atenção básica, a fim de maximizar as possibilidades de cuidado de forma descentralizada.

No âmbito do *controle social*, o relatório da 3ª CNGTES propôs a implantação de uma *comissão de gestão de trabalho e educação na saúde* nos *Conselhos de Saúde*. Essa comissão teria como finalidade formular diretrizes, acompanhar e avaliar a política de gestão do trabalho e educação em saúde, propor e acompanhar a atualização e a formação dos trabalhadores e conselheiros, monitorar a qualidade das ações e serviços de saúde e acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos, nas respectivas instâncias de gestão.

Hoje, esta comissão funciona tentando integrar ações entre MS e MEC, sendo que o Promed, o Pró-saúde e as Residências Multiprofissionais são alguns exemplos da concretização dessa parceria.

A garantia da participação dos Conselhos de Saúde na elaboração de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde foi proposta no relatório da 3ª CNGTES, por meio de processos educacionais para conselheiros e usuários, relacionados à formulação, planejamento e avaliação das práticas de formação.

Outra proposta do relatório da 3ª CNGTES dizia respeito à participação dos *Conselhos de Saúde* na *implementação e no desenvolvimento das DCN* e à garantia da existência e do funcionamento de uma comissão de educação em saúde nos próprios Conselhos, compostas pelos atores envolvidos no processo de formação

Além disso, esse relatório propôs que as comissões temáticas dos Conselhos, os usuários e os gestores do SUS participassem de seminários e fóruns de discussão para a *elaboração da grade curricular* dos cursos da saúde. Propôs também que gestores, profissionais e usuários devessem participar dos conselhos dos cursos de graduação das IES públicas e privadas.

Em relação ao *Aprender-SUS*, o relatório da 3ª CNGTES propôs a ampliação e a implementação dos objetivos desse projeto, a fim de redimensionar o papel dos aparelhos formadores, mediante o desenvolvimento de atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Em síntese, o relatório da 3ª CNGTES propôs uma maior interação entre os campos da saúde e da educação e uma maior participação dos movimentos sociais nesse processo.

No entendimento de Feuerwerker (2002), a interação entre universidades e serviços de saúde deveria ser umas das linhas de trabalho para o movimento de mudança na formação.

Neste sentido, o MS implementou uma política que tinha como objetivo construir aproximações entre o sistema de saúde, as instituições formadoras e a população (BRASIL, 2004c). Uma das estratégias dessa política era a educação permanente enquanto conceito pedagógico.

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi implantada como uma das estratégias do SUS para mudar a questão da formação profissional em saúde.

A EPS apresenta-se como uma forma de integrar a gestão dos serviços de saúde e as instituições de ensino. A proposta dessa política é desenvolver profissionais críticos, capazes de

aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social, a fim de melhorar o cuidado à saúde e constituir práticas profissionais éticas e humanísticas (BRASIL, 2007).

Sob essa ótica, a EPS constituiu-se como um espaço de continuidade da graduação. Maranhão (2003), corrobora a afirmação ao salientar que as DCN recomendam que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área de conhecimento e profissão. Essa fundamentação teria o objetivo de promover no estudante a competência do desenvolvimento permanente, permitindo a continuação do processo de formação, que não acaba com a concessão do diploma de graduação.

Assim sendo, essa categoria analítica demonstrou que a articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade ocorreu à luz dos movimentos sociais na época de cada Conferência. Esse processo se deu a partir da criação de mecanismos de gestão e de participação popular no âmbito das IES e do SUS. Na perspectiva de transformar as práticas de formação, essa interação entre esses campos inseriu discentes e docentes no processo de trabalho em saúde, contribuindo para modificar o enfoque e a estrutura das IES e fortalecer as instâncias de controle social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de análise documental dos relatórios finais das Conferências foi um desafio metodológico, superado com persistência, que se mostrou útil aos objetivos propostos para esta pesquisa. As dificuldades encontradas ao longo do trabalho estavam relacionadas à escassez de material bibliográfico e ao caráter subjetivo do mesmo. Se por um lado esses fatores foram limitantes, por outro, eles foram determinantes no sentido de estimular o desenvolvimento da pesquisa.

As CNRHS e a CNGTES foram fóruns de expressão democrática e da manifestação do controle social sobre as políticas relacionadas ao tema. A construção social dessas políticas é um processo que está em evolução há vinte anos e que conta com a participação de diversos atores.

No campo específico da formação, a Rede IDA e os projetos UNI podem ser considerados precursores, pois suas concepções serviram de base para a reorientação do modelo de atenção e formação em saúde e para o desenvolvimento da comunidade.

A partir da fusão desses atores na Rede Unida o debate sobre formação em saúde, que estava à margem dos espaços de discussão e de decisão de políticas públicas, ganha um importante ator na discussão e proposição de políticas voltadas à formação. Naquele momento, a Rede foi a responsável por fortalecer as discussões com outros atores importantes nesse processo de reorientação, como os Ministérios e Conselhos de Saúde e de Educação, a ABEM e a CINAEM.

Com a aprovação da LDB, esses atores voltaram suas discussões para o debate das DCN para os cursos da área da saúde. Outro ator relacionado à temática em questão era criado no âmbito do MS, a SGTES, que passou a responder pela gestão federal do SUS no que se refere à

formulação, implementação e avaliação de políticas de formação para o SUS. Outra organização que tem impactado na área de formação em saúde é o FNEPAS, que também pode ser considerado um importante ator.

Portanto, diversos atores, tanto os da sociedade civil organizada como os atores institucionais, participaram desse processo de reorientação da atenção e da formação profissional em saúde e, as propostas das três Conferências em questão retratam muito bem essa articulação.

Na época da 1ª CNRHS, as propostas versavam sobre a responsabilidade do Estado com a educação e tinham a integração ensino-serviço como a única forma de promover a integração entre teoria e prática. Na 2ª CNRHS as propostas apontavam que integração ensino-serviço deveria incorporar a comunidade, os currículos de formação deveriam ser revistos, a política de financiamento para a área de formação deveria ser definida e o fortalecimento das instâncias de formação permanente deveria ser promovido. Já na 3ª CNGTES, as propostas focalizaram mais as adequações dos currículos à realidade brasileira com a participação da sociedade e a efetiva implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Portanto, observou-se que as Conferências retomaram assuntos discutidos anteriormente e tentaram avançar, dentro das condições possíveis, no contexto histórico e político em que se encontravam.

As Conferências tinham o objetivo de debater e encaminhar propostas sobre os principais problemas da sua época. O perfil inadequado dos profissionais formados e sua má distribuição geográfica, a ausência de integração ensino-serviço, a alienação das escolas da realidade social e os conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema de educação faziam parte da realidade da 1ª Conferência.

Os problemas apontados na 2ª CNRHS diziam respeito às mudanças curriculares que mantinham referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado, à estrutura curricular

baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante, ao conhecimento repassado por disciplinas fornecido por departamentos cada vez mais especializados e aos procedimentos pedagógicos adotados baseados em uma atuação passiva do aluno.

Na 3ª Conferência, como seu relatório não apresentava um diagnóstico situacional, não foram explicitados os problemas da área de formação em saúde. Mas, sabia-se de antemão que a formação em saúde não correspondia às necessidades epidemiológicas e sociais do país, já discutidas nas Conferências anteriores.

Apesar desses problemas, apontados na análise documental das três Conferências, pode-se inferir que a questão da formação dos profissionais de saúde se encontra em evolução, tanto no campo político e teórico como no prático, e hoje se constitui uma política legitimada.

O perfil desejado para o profissional recém formado foi discutido à luz das necessidades de mudanças do modelo de atenção em saúde, com as necessidades da população usuária e com o modelo de formação adotado à época de cada Conferência.

As práticas de ensino-aprendizagem evoluíram com o incentivo às mudanças curriculares para os cursos de graduação em saúde. Essa evolução foi no sentido de modificar a estrutura dos cursos, aproximando-os dos serviços e da comunidade, e modificar a prática pedagógica tornando-a mais ativa, onde o aluno pudesse ser o sujeito de sua aprendizagem e o professor um facilitador desse processo. Novos conceitos de saúde, homem e sociedade foram incorporados a essas práticas. Foram estimuladas as práticas extramuro, orientadas à comunidade e em consonância com os princípios do SUS.

A articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade ocorreu à luz dos movimentos sociais, na medida em que as estruturas gerenciais e físicas permitiram e a partir da criação de mecanismos que possibilitaram essa interação. Na perspectiva de transformação das práticas assistenciais e educativas, essa interação buscou inserir discentes e docentes no processo de

trabalho em saúde, tendo como objetivo a troca de saberes e a aprendizagem participativa pelo trabalho.

O desenvolvimento das propostas relativas à formação expressas nas Conferências foi acompanhado, mais tarde, pela instituição de políticas pró-mudança, como por exemplo, o Promed e o Pró-saúde e, mesmo esses não sendo pactuados no Conselho Nacional de Saúde.

No âmbito do SUS, é notório que a Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Política de Educação Permanente em Saúde e os projetos representados pelo Aprender SUS foram elaboradas com a contribuição das propostas e diretrizes das Conferências.

Neste sentido, a reforma da educação na área da saúde não poderia ocorrer em momento mais privilegiado, no qual o SUS vem se fortalecendo, as DCN contemplam as tendências contemporâneas da educação e a participação da sociedade nas Conferências tem aumentado quantitativa e qualitativamente.

Assim, esse trabalho cumpre seu objetivo e mostra a evolução da formação dos profissionais de saúde, mesmo aquém das necessidades de mudança, e demonstra a complexidade da gestão do trabalho no SUS, sua relação com as instituições de ensino, que não são homogêneas entre si; com os serviços, representados por gestores e profissionais; e com as políticas intergovernamentais articuladas entre MS e MEC.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.J. **Educação Médica e saúde: possibilidades de mudanças**. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

\_\_\_\_\_, M.J. (org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

\_\_\_\_\_, M.J. *et al.* **Formação dos Profissionais de Saúde no Paraná e a Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Relatório do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná. Londrina, 2005. 79p.

ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11(1), p.179-182, 2006.

BARBOSA, M.A. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 1994. Tese (Doutorado), São Paulo, 1994.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994.

BELCHIOR, Solange. **Jornal do CNS**. 3ª CNGTES. Brasília. ano 2, 2006.

BENEDITO, A.V.; FERRER, C.V.; FERRERES, P.V. **La formación universitaria a debate: análisis de problemas y planteamiento de propuestas para la docencia y la formación del profesorado universitario**. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1995.

BERSCH, R.D. **Projeto Institucional e Avaliação e a sua função no credenciamento das Instituições de Ensino Superior**. As. Bras. Mant. do Ensino Superior, 2002. Disponível em: <[http://www.abmes.org.br/\\_download/Associados/Seminarios/2002/01\\_30\\_Projeto\\_Institucional](http://www.abmes.org.br/_download/Associados/Seminarios/2002/01_30_Projeto_Institucional)>. Acesso em 08 jan. 2008.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M.J. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 17-45.

BORDAS, M.C. **O Ensino Superior Brasileiro nos programas de Governo dos candidatos à Presidência do país.** Disponível em <  
[http://www.universia.com.br/html/materia/materia\\_jba.html](http://www.universia.com.br/html/materia/materia_jba.html). Acesso em 12 jan. 2008

BORRIONE, R.; CHAVES, A.M. Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 17-27, maio/agosto. 2004.

BOURGUIGNON D.R. *et al.* Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro –RJ. vol. 27, nº 65, p. 310 e 315, set/dez. 2003.

BRASIL. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. **Cadernos RH saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 1 nº 1, novembro 1993a.

\_\_\_\_\_. A Questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária. **Cadernos RH saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v.1, nº 1, p. 185 a 194, nov. 1993b.

\_\_\_\_\_. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. In: **Cadernos RH saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v.1, nº 1, 1993c, p. 141 a 184.

\_\_\_\_\_. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. In: **Cadernos RH saúde**, v.2, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde julho 1993d.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>> Acesso em: 16 out. 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. 331 p.

\_\_\_\_\_. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 60 p.

\_\_\_\_\_. **Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas PROMED**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 40p.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a Avaliação das Instituições de Educação Superior**. Brasília: Ministério da Educação, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Orientações gerais para o roteiro da auto-avaliação das instituições**. Brasília: Ministério da Educação, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde: Aprender SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. **Pró-saúde : Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Legislação em saúde: Caderno de legislação em saúde do trabalhador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. **Conferências nacionais de saúde.** BRASIL, 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>. Acesso em 18 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Relatório final.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: **Cadernos RH Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar 2006.

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: Ed. Fiocruz, 2006. cap.5, p. 149-182.

CARVALHO, B.G.; PETRIS, A.J.; TURINI, B. Controle Social em Saúde In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001a. cap. 10, p.93-109.

\_\_\_\_\_, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI Jr., L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001b. cap. 2, p.27-59.

CARVALHO, M. **O Impacto das Conferências de Saúde na Definição do Financiamento do SUS no Paraná (1991-2002)**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

CEBES. IX Conferência Nacional de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 36, p. 4, out. 1992.

CECCIM R.B. , ARMANI T. B., ROCHA, C.M.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2002; 7:373-83.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1400-10, 2004.

CHAVES, M.M. Algumas reflexões sobre IDA: Antecedentes do ideário UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 5-9, ago. 1994.

CHIESA, A.M.; NASCIMENTO, D.P.G.; BRACCIALLI, L.A.D.; OLIVEIRA, M.A.C.; CIAMPONE, M.H.T. O desafio de formar profissionais generalistas. **Cogitare Enferm**, v.12(2), p. 236-40, Abr/jun. 2007.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Documento à 9ª CNS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 35, p. 87-88, julho. 1992.

COSTA, NETO M.M.. O currículo médico e o sistema de saúde em construção. **Revista Brasileira de Saúde Família**, 1(2), p. 46-51, 2000.

DOMINGUEZ, B.C. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – A desprecarização é urgente. **Radis**, Rio de Janeiro, nº 46, p. 8 a 11, 2006.

ESCOREL, S.; LUCCHESI, P. 11ª CNS: algumas primeiras impressões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, nº 56, p. 102 a 106, set./dez. 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998.

\_\_\_\_\_, L.C.M.; SENA, R.R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 47-82.

\_\_\_\_\_, L.C.M. *et al.* O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 22, p. 9-17, dez. 2000.

\_\_\_\_\_, L.C.M. Estratégia de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 16-18, jan./abr. 2002.

\_\_\_\_\_, L.C.M. Reflexões sobre as Experiências de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.3, p.21-26, jul./set. 2003.

\_\_\_\_\_, L.C.M.; LIMA, V.V. Formação de ativadores de processos de mudança – uma estratégia do Aprender SUS. **Olho Mágico**, Londrina, v.11, n.4, p. 15-18, 2004.

\_\_\_\_\_, L.C.M. Porque a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde? **Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 32-38, 2006.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**, 1999. Dissertação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

GADOTTI, M. et al. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 294 p.

GARANHANI, M. L. Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger. [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2004. 232 p

GARCÍA, A.E. Los caminos de la Universidad en un contexto de cambio social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 9-26, 2003.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ªed. São Paulo: Atlas; 1994.

GONDIM, S.M.G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários **Estudos de Psicologia**, Natal, 7(2), p. 299-309, 2002.

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

INEP. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Evolução das Estatísticas do Ensino Superior no Brasil**. Brasília: Secretaria de Avaliação e Informação Educacional, out. 1996.

IVAMA, A.M.; BATISTA, C.V.M.; SILVA, R.M.R. A Universidade está preparando os profissionais para o próximo milênio? **Olho Mágico**, Londrina, v. 3, n. 14, p. 3-4, out./dez. 1997.

\_\_\_\_\_, A.M.; MELCHIOR, S.C.; CASTRO, M.S.; RECH, N. Estratégias para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Farmácia. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 4, p. 18-25, 2003.

ITO, A.M.Y. *et al.* Desenvolvimento de um novo modelo acadêmico na educação dos profissionais da saúde no contexto do PROUNI-Londrina (1991-1997): sistematização e reflexões teóricas metodológicas. **Semina**, Londrina, v. 18, p. 32, nov. 1997.

KIRA C.M.; MARTINS M.A. **O Ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 407-13, 1996.

KOMATSU, R. *et al.* Trilhando novos Caminhos: uma experiência pioneira. In: ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 307-316.

KOMATSU, R.S.; MENNIN, S. Por uma avaliação crítica e reflexiva: avaliar para transformar! **Olho Mágico**, Londrina, v.11, n. 3, p. 12-14, jul./set. 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M.T. 9ª CNS: A 8ª Revisitada? Avanços e impedimentos na implantação da nova política de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 37, p. 76-80, dez. 1992.

MACHADO, M.H. 3ª CNGTES. **Jornal do CNS**. Brasília, ano 2, 2006.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.12, nº.2, p.335-342, Abr. 2007.

MARANHÃO, E.A. A Construção Coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M.J. (org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARSIGLIA, R. G.; SPINELLI, S. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde**: análise dos conteúdos definidos como essenciais para os diversos cursos de graduação. São Paulo, 2005. 5 p. Mimeo.

MATHEUS, E.V.; GOMES, E.C. Reflexões sobre a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Revista Conasems**, Brasília, nº 17, p. 46-47, maio/jun. 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. 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.

MEDEIROS, V.V. Saúde Bucal: comunidade: percepção da necessidade de saúde bucal pela comunidade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 120-124, 1996.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org). *Praxis en salud*: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2004.

MIZUKAMI, M.G.N. Teoria, prática e reflexão na formação do profissional em educação. **Interação**, Goiânia, v. 21, p. 39-60, 1997.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade** - a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal : EDUFRN. 1999.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000. 118 p.

NARVAI, P.C. Recursos humanos em saúde. In: Kriger, L.(org.) **Aboprev**: promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

NETO, P.M.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: a necessidade do planejamento. Disponível em: [http://www.ces.uel.br/espacoparasaude/v2\\_n1/doc/ORHSBNP.doc](http://www.ces.uel.br/espacoparasaude/v2_n1/doc/ORHSBNP.doc). Acesso em 12 nov. 2007.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

NOGUEIRA, M.J.C. **Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidados à saúde**: utilização pela enfermeira. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista3\\_2/terapias.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/terapias.html). Acesso em 06 jan. 2007

NORONHA, A.B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. Formação Profissional em Saúde. **Radis**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, nº 3, p.11 a 17, 2002.

OLIVEIRA, M.S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**: Londrina, v. 2, n. 10, p. 37-39, abr./jun. 2003.

PARANÁ. **Programa de Incentivo a Mudanças nos Cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia do Estado do Paraná.** 2004 Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/prosaudepr.asp>. Acesso em 12 dez. 2006.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor:** profissionalização e razão pedagógica. Tradução Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artmed, 2002. 232 p.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.H.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: *Cadernos de RH Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, v. 3, nº 1, p. 29 a 40.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, Londrina, n. 114, p. 179-195, nov., 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, C.R.; MACHADO, M.H. Profissões de Saúde: A formação em questão In: *Cadernos RH saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993, vol. 1, nº 3. p. 23 a 34.

PROGRAMA UNI. **Evaluación del cluster de proyectos. Actualización: precisiones conceptuales acerca del modelo evaluativo.** São Paulo: Fundação W. K. Kellogg, 1996.

REDE UNIDA. **Boletim Informativo/Eletrônico.** nº 18, mar. 2004. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/inrede/inreden18.asp>. Acesso em 12 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo/Eletrônico.** nº 69, nov. 2007. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em 12 dez. 2007.

RODRIGUES, M.M, REIS, S.M.A. O ensino superior e a formação de recursos humanos em áreas de saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade [CDROM]. In: 25ª REUNIÃO – ANPED, Caxambu; 2002

SAKAI, M.H. *et al.* Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI Jr., L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. cap. 5, p. 111-124.

SANTOS, B.R.L.; MORAES, E.P.; PICCININI, *et al.* Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 53, p. 49-59. 2000.

SCHWARTZMAN, S. A autonomia universitária e a Constituição de 1998. **Folha de São Paulo, São Paulo**, 12 de dezembro de 1998.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SCHAEDLER, L.I. **Pedagogia cartográfica**: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SEGURA, M. E. C.; SOARES, M. S.; JORGE, W. A. Programas extramuros nas instituições de ensino de odontologia na América Latina e nos Estados Unidos da América: contribuição ao estudo. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 29, n. 2, p. 218-227, 1995.

SERRANO, A. I. **O que é Medicina Alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, J.A. A ANDES-SN Debaterá Proposta de Autonomia, **Jornal O Estado de São Paulo** 25/01/99.

SILVA-NETTO, C. R.; SILVA, E. M. C. Atividade extramuro com estudantes de odontologia : voluntários: análise de seis anos. **Odontologia Moderna**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 10, p. 33-36, 1987.

SILVA, E.V.M. Da Gestão de Recursos Humanos à Gestão do Trabalho. **Revista do Conasems**, ano 1, nº 14, p. 41, out./nov/dez. 2005.

SILVA, J. A. Apresentação. In: II CNRHS: Textos apresentados. **Cadernos RH saúde**, vol. 1, nº 3. Brasília: Ministério da Saúde novembro 1993.

\_\_\_\_\_, J. A. Apresentação. In: II CNRHS: Relatório Final. **Cadernos RH saúde**, ano I, vol. 2, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, julho de 1994.

SIQUEIRA, B. P. PROMED – Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. **Boletim da Associação Brasileira de Ensino Médico**, n. 6, nov./dez. 2002.

SOARES, D.A. *et al.* Projeto Uni Londrina: processos e resultados. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 12, jul.1996.

SOARES, D.A.; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J.J.B. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI Jr., L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. cap. 10, p.183-210.

SOUZA, P. R. Avaliação e Expansão do Ensino Superior. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21 de dezembro de 1999. Caderno Tendências/Debates.

SPOSITO, M. Juventude e educação. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, nº 29, junho, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública, 39 (3), p.507-514, 2005.

VENTURELLI, J. **Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1997.

\_\_\_\_\_, J. Os aspectos educacionais na reforma da educação e nas profissões de saúde. In: ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança.** São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 145-64.

VENTURELLI, J.; FIORINI, V. Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 7-21, 2001.

VICTOR, J. F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro.** 2004. (Dissertação – Mestrado). Universidade Federal do Ceará: Fortaleza, 2004.

ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BERETTA, M.I.R. Participando da construção de um projeto pedagógico da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, 39, p. 437-442, 2005.

WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D. Estágio supervisionado em odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. **Arquivo do Centro Estudos do Curso Odontologia**, Belo Horizonte, v. 32, n. 2, p. 95-108, 1996.