

Educação e Trabalho: interface com a gestão em saúde

Janete Lima de Castro
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Maria Aparecida Dias
(Organização)



Una



Seminare | 10

Educação e Trabalho: interface com a gestão em saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde

SRVT, Quadra 701, via W5 Norte, lote D

Edifício PO 700, 4º andar

CEP: 70.719-040 - Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-3767

Site: www.saude.gov.br/sgtes

E-mails: sgtes@saude.gov.br / degts@saude.gov.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Coletiva

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Campus Univesitário Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

Caixa postal: 1524

Natal/RN - Brasil



Seminare | 10

Conselho editorial: Janete Lima de Castro; Rosana Lúcia Alves de Vilar;
Lenina Lopes Soares Silva; José Paranaguá de Santana;
Cristiane Scolari Gosch.

Supervisão editorial e planejamento visual: Una

Editoração eletrônica: Alessandro Amaral

Revisão ortográfica e gramatical: Iranildo Mota da Silva

Normalização bibliográfica: Margareth Régia de Lára Menezes

Foto da capa: Carlos Roberto de Castro

Educação e Trabalho: interface com a gestão em saúde

Janete Lima de Castro
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Maria Aparecida Dias
(Organização)



Una

Catálogo da publicação na fonte.
Bibliotecária Margareth Régia de Lára Menezes - CRB 15/337

Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde / Organização Janete
Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Maria Aparecida Dias. -
Natal, RN: Una, 2020.
E-book 346p. , PDF.- (Seminare ; n. 10)

Modo de acesso: <<http://www.observatoriorh.ufrn.br>>
ISBN 978-85-60036-45-5.

1. Gestão em Saúde. 2. Trabalho. 3. Educação. 4. Recursos humanos em
Saúde. I. Castro, Janete Lima de. II. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. III. Dias,
Maria Aparecida IV. Série.

CDD 610

CDU 614

*Em memória da professora Francisca Nazaré Liberalino,
por sua valiosa contribuição como pesquisadora do
Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN.*

Sumário

Apresentação	10
Gestão dos sistemas de saúde: desafios da força de trabalho na perspectiva da complexidade	13
A inclusão pelos olhos do afeto: corpos que aprendem	43
Novas profissões na área da saúde e suas relações com as políticas e programas do Ministério da Saúde	68
Construção de competências dos profissionais da atenção básica de saúde: proposta conceitual e metodológica	89
Educação Profissional em Saúde e os desafios históricos que permeiam as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde	123
O SUS é uma escola: estratégias de integração educação-trabalho na Bahia	165
Perfil dos docentes dos cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil: complexidades e desafios	185
Da formação à inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva: os caminhos trilhados no Rio Grande do Norte	216
O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional	245

Integração ensino e serviço: em busca do eixo perdido	<i>272</i>
Estruturação do setor de desenvolvimento dos trabalhadores: uma experiência na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais	<i>267</i>
Perfil dos gestores municipais de saúde: um retrato regional no interior paulista	<i>301</i>
Avaliação de resultado dos cursos de especialização em Saúde da Família na percepção dos egressos	<i>320</i>

Apresentação

A formação de um arco-íris acontece quando uma luz branca é interceptada por uma gota de água. A partir dessa interceptação, ocorrem vários fenômenos para que o arco-íris apareça. Compreendemos que a convergência entre uma luz branca e uma gota de água pode ser a metáfora do encontro entre a ciência e os diversos olhares que temos sobre ela e suas possíveis interfaces. Dessa confluência, surge este livro.

Com a perspectiva de provocar o diálogo entre Educação e Trabalho, considerando a interface com a Gestão em Saúde, os textos que compõem esta publicação trazem uma visão ampliada sobre as temáticas tratadas, demonstrando o compromisso com a ciência, com os aspectos sociais que envolvem a Educação e o Trabalho, além do necessário cuidado e valorização da Gestão em Saúde.

Acreditamos que os treze capítulos apresentados nesta obra materializam o olhar interdisciplinar que norteia a pluralidade de ideias dos seus autores, mas sem perder o foco da temática central do livro. Estes textos nos provocam a refletir sobre a necessidade de redes de cooperação e de suporte para pensar a Educação, o Trabalho e o diálogo com a Gestão em Saúde.

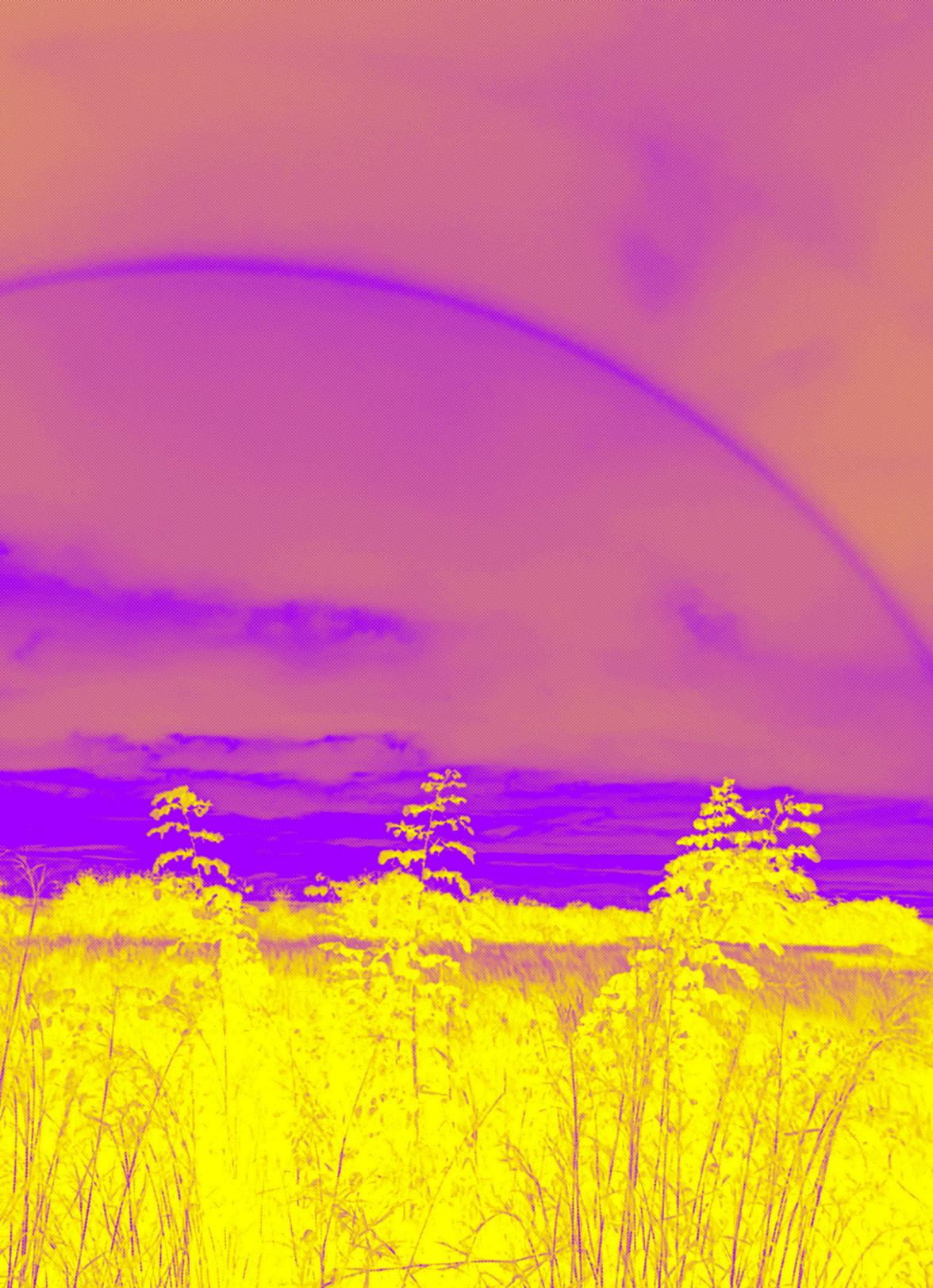
A publicação deste livro tem o claro propósito de conversar com os gestores e equipes gestoras do Trabalho e da Educação do Sistema Único de Saúde (SUS), partindo da convicção de que as produções acadêmicas têm o potencial de mobilizar sujeitos em torno de discussões, debates e ideias. Tal movimento provoca transformações e novas perspectivas diante do conhecimento socializado.

Neste livro estão presentes ideias de professores e pesquisadores de várias instituições do Brasil que têm dedicado grande parte da sua vida profissional defendendo o SUS. A publicação destes estudos valoriza a produção do conhecimento e possibilita sua utilização por todas as pessoas que diretamente ou indiretamente lidam com a gestão em saúde.

Confiamos que a edição deste livro é uma forma de viabilizar a articulação entre as instituições de ensino e de serviço na perspectiva de cooperação mútua. Evidenciamos que essa articulação é o objetivo do projeto *Apoio ao Desenvolvimento Institucional e ao Fortalecimento das Estruturas de Gestão do Trabalho das Secretarias Estaduais de Saúde*, viabilizado pelo Termo de Execução Descentralizada 163/2017, assinado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e pelo Ministério da Saúde. Este livro consiste em um dos produtos acordados no projeto.

Desejamos que a leitura destes textos possa provocar reflexões, descobertas, propósitos e importantes discussões e construções de perspectivas que avancem, cada vez mais, para a melhoria das questões que envolvem a Educação e a Gestão do Trabalho em Saúde.

As Organizadoras



Gestão dos sistemas de saúde: desafios da força de trabalho na perspectiva da complexidade

Felix Hector Rígoli | felix.rigoli@gmail.com

Doutor em Ciências; graduado em Medicina e mestre em Gestão de Saúde Université de Montreal (2003). Foi diretor-geral do principal complexo de serviços de saúde do Uruguai e Diretor da Rede Pública de Atenção Primária à Saúde, na cidade de Montevideú. Atuou de 2009 a 2015 como gerente da área e, posteriormente, como sênior advisor em Sistemas de Saúde no Escritório da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, com atuação nas áreas de Serviços de Saúde, Medicamentos, Tecnologia e Pesquisa e Recursos Humanos.

Atualmente é pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo

Este capítulo apresenta uma síntese dos desafios do trabalho em saúde susceptíveis de ser mais bem compreendidos se utilizamos o enfoque da complexidade. O mesmo põe em questão em primeiro lugar a ideia que é possível “gerir os recursos humanos”, conjunto de atores independentes e interdependentes com estratégias próprias. Para esse fim apresenta as ideias básicas dos Sistemas Complexos Adaptativos (SCA) e os intentos atuais de aplicação aos problemas organizacionais. Descreveremos uma serie de atributos dos SCA, utilizando exemplos da gestão organizacional que possam ilustrar suas características. Finalmente, propõem-se algumas linhas de ação na transformação dos sistemas de saúde universais, levando em conta as limitações e potencialidades expostas pelo olhar de sistemas complexos.

CONTEXTO: AS ORGANIZAÇÕES HUMANAS E A COMPLEXIDADE COMO CIÊNCIA

Não há dúvidas de que os desafios de gerir o conjunto de pessoas que produzem os serviços de saúde sempre despertaram nos gestores a ideia de complexidade. Ao mesmo tempo, os sistemas públicos de saúde parecem ter encontrado, nos entraves de ter uma força de trabalho capacitada, disposta e distribuída de acordo com as necessidades da população, um obstáculo para o seu desenvolvimento.

As interações e as potencialidades de trabalhar em conjunto, usando criatividade, conhecimento de ponta, interesse pelo acesso universal e coordenação de ações, implicam redes de interdependência nas quais a própria ideia de “gestão” parece ser inalcançável, resultado de que o trabalho em saúde dificilmente se ajusta às lógicas de planejamento e às técnicas dos manuais de administração de pessoal.

O planejamento da oferta e da demanda de profissionais de saúde, seja para o conjunto de serviços de saúde do país, seja para um único estabelecimento, é também em grande medida um exercício de projeções numéricas que capturam poucas dimensões do problema que se quer resolver, e cuja utilidade preditiva é muito baixa, como demonstrado pelos ciclos repetidos *ad infinitum* de sobre oferta e escassez de profissionais (SCHEFFLER, 2008), na maioria dos contextos.

Portanto, postulamos, neste artigo, a necessidade de reexaminar a heurística utilizada para o estudo da força de trabalho em saúde, incorporando a ótica da complexidade, visto que o trabalho em saúde possui as características dos sistemas complexos adaptativos, devido ser constituído por agentes independentes e interdependentes, que são capazes de estratégias individuais e coletivas e que produzem respostas (adaptações) não-lineares a políticas e incentivos, com resultados que não podem ser antevistos simplesmente pela soma dos fatores em jogo.

Assim, enfatizamos que este artigo tem como objetivo aplicar as características gerais dos sistemas complexos adaptativos ao estudo da força de trabalho em saúde como contribuição para uma compreensão ampliada dos desafios dos sistemas universais de saúde, e, conseqüentemente, encontrar melhores formas de intervenção no componente mais crítico para a prestação de serviços de saúde, que são seus trabalhadores.

Defende-se, ainda, que o intento de compreender o turbilhão de processos coletivos, que acontecem no ambiente das pessoas dentro dos sistemas de saúde, é um passo a mais na crítica radical ao conceito ainda tão comum que considera os trabalhadores de saúde como “recursos humanos” (MINTZBERG, 2017; RAMOS, 2013).

SISTEMAS COMPLEXOS ADAPTATIVOS E GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Sistemas Complexos Adaptativos (SCA), na acepção que utilizamos neste trabalho, são

organizações em rede, formados por inúmeros agentes, os quais são elementos ativos e autônomos, cujo comportamento é determinado por um conjunto de regras e pelas informações a respeito do seu desempenho e das condições de seu ambiente imediato (AGOSTINHO, 2003, p. 7).

Existem múltiplas definições de sistemas complexos, mas nenhuma é completa do ponto de vista heurístico, devido à evolução rápida dos estudos da complexidade (LUKOSEVICIUS; MARCHISOTTI; PEREIRA-SORES, 2016). Especialmente no que se refere às organizações sociais e, portanto, à análise da gestão do trabalho em saúde, ainda que haja dúvidas quanto à aplicação do quadro teórico da complexidade (SCHNEIDER, 2006).

As perspectivas mais tradicionais identificam uma organização, que rotulamos como “reificada”, como o domínio de estudo. A reificação envolve a atribuição de realidade material

a um conceito abstrato. A abordagem de sistemas complexos aplicada às organizações humanas aceita que uma organização não é uma coisa, mas uma malha em movimento que apresenta relações internas conectadas com outras relações externas (BEGUN; ZIMMERMAN; DOOLEY, 2003; PLSEK; GREENHALGH, 2001).

Um conceito básico no estudo da complexidade, na gestão do trabalho em saúde, é a chamada representação “holográfica” da totalidade em cada uma das partes (MORIN, 2008), na qual cada equipe de saúde e cada trabalhador carrega em si os determinantes econômicos, tecnológicos e culturais do sistema de saúde e, em definitivo, da sociedade na qual trabalha.

Existem, em cada serviço e em cada hospital, numerosos circuitos de retroalimentação positiva ou negativa que conectam a tecnologia, as culturas profissionais, as estruturas de classe social de trabalhadores e usuários, enfim, todos que reforçam relações recursivas entre supostas “causas e efeitos”, como explicitado no documento com o qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a aplicar o conceito de complexidade ao sistema de saúde: “Every intervention, from the simplest to the most complex, has an effect on the overall system, and the overall system has an effect on every intervention” (SAVIGNY; ADAM, 2009, p. 30).

Cada serviço, cada unidade de saúde tem dentro de si a presença dos demais componentes do sistema de saúde e do ambiente social e cultural. Há alguma dúvida de que, nas equipes de saúde, haja sempre uma tensão derivada da extração social diferencial de médicos, enfermeiros e agentes de saúde? Cada equipe reflete, de alguma forma, as políticas do departamento de administração de pessoal da instituição, vivencia e sofre as influências dos sistemas de compras e experimenta o poder das indústrias de medicamentos e de tecnologia.

Essa representação do todo em cada parte, chamada por Morin (2008) de “representação holográfica”, explica por que os conflitos do trabalho em saúde não são possíveis de resolver em cada unidade ou em cada hospital. Os sistemas complexos são “sistemas de sistemas” contidos uns em outros e com interações permanentes e significativas (PLSEK; GREENHALGH, 2001), e essa característica está especialmente presente quando se trata de organizações de pessoas, capazes de traçar individual e coletivamente suas estratégias. Cabe aqui assinalar que os sistemas complexos adaptativos não pressupõem a existência de agentes inteligentes com estratégias, tal como foi analisado em colônias de bactérias ou grupos de animais (AXELROD, 1997).

A influência da inteligência dos agentes na adaptação das organizações sociais é um fator que reforça e justifica ainda mais a não-causalidade e não-linearidade que se observa nestas organizações, o que provoca o fenômeno (bem conhecido por gestores e planejadores) chamado de resistência às políticas (ATUN, 2012). Como observado por Agostinho (2001, p.17) “as organizações humanas são sistemas cujas partes são sistemas ainda mais complexos do que elas”. Chama atenção Begun, Zimmerman e Dooley (2003, p. 255) queixarem-se que “o sistema de saúde foge de todo controle e parece ter uma mente própria”, pois isso não deveria surpreender, levando em conta que é um sistema integrado por milhões de trabalhadores que são agentes ativos de suas condutas.

A característica de ser adaptativo refere-se ao fato de que estes agentes, atuando em conjunto e seguindo algumas leis, podem mudar gradativamente o sistema, permanecendo, no entanto, com parâmetros de estabilidade global. Estes sistemas são capazes de reagir globalmente se adaptando às mudanças do ambiente, evoluindo no limite do caos. Maiores comple-

xidades podem levar à desintegração ou ao “caos”, enquanto uma complexidade decrescente configura uma situação estática no limite da morte institucional (MITCHELL, 2009).

EVOLUÇÃO DO USO DOS ENFOQUES DE COMPLEXIDADE

O paradigma da complexidade adaptativa deriva do estudo de sistemas físicos e biológicos e somente nas duas últimas décadas está sendo aplicado a sistemas de saúde e, portanto, aos aspectos vinculados a seus integrantes (SAVIGNY; ADAM, 2009; PLSEK; GREENHALGH, 2001). O paradigma do SCA é, assim, uma ferramenta de análise que nos permite enxergar relações entre conjuntos de elementos que apresentam propriedades pouco compreendidas até pouco tempo atrás.

Nesse sentido é importante ressaltar que, no contexto deste capítulo, o uso do termo “sistema complexo” se refere à concepção apresentada acima e, portanto, diferente do uso coloquial do adjetivo “complexo”, que é frequentemente aplicado às complicações ou dificuldades derivadas da gestão do pessoal de saúde. Convidamos aos leitores a restringir o uso do termo “sistema complexo” ou “complexidade” a uma definição mais formalizada.

Quase toda a ciência recente, como se verá a seguir, foi dominada pelo interesse em descobrir leis universais que permitissem, dada uma determinada causa, prever um determinado efeito. Como todo paradigma exitoso, foi rapidamente estendido a outros campos de aplicação, até que gradualmente começaram a aparecer sinais de que muitos fenômenos não respondiam às leis da mesma forma, especialmente na física. Posteriormente muitos fenômenos biológicos mostraram como a complexa interação de agentes, sejam células, sejam

indivíduos em uma colônia de animais eu-sociais, derivava em resultados inesperados, a chamada emergência de padrões, que não poderiam ser deduzidos da somatória das partes (WILSON, 2012; JOHNSON, 2003).

A emergência de padrões, como, por exemplo, a arquitetura de um formigueiro, ou os padrões de fluxo nas cidades, ao mesmo tempo estáveis e mutáveis e que tinha maravilhado aos biólogos e planejadores por bastante tempo, começou a ser compreendida como parte do fenômeno mais amplo da capacidade de adaptação dos sistemas complexos.

Finalmente, o paradigma dos sistemas complexos adaptativos começou a ser aplicado ao estudo das organizações de saúde, considerando que estas organizações apresentam muitas características comuns com os SCA. No entanto, são escassos os enfoques, que centram a atenção nos componentes críticos dos sistemas de saúde e nas pessoas que produzem atenção à saúde. O uso da lente de SCA é especialmente adequado neste aspecto, dada à presença de agentes (trabalhadores, gestores, pacientes) independentes e inter-relacionados, à capacidade de evoluir e apresentar mutações, mantendo algumas características básicas constantes, assim como devido ao fato de não ser possível deduzir os efeitos a partir da análise das supostas causas.

Uma sugestão inicial da lógica paradoxal dos SCA em sistemas sociais foi intuída por Adam Smith, economista escocês do século XVIII, descrevendo como os comportamentos individuais dos agentes econômicos pareciam guiados por uma “mão invisível” para um fim, do qual eles mesmos não tinham intenções de conseguir (SMITH, 2007). Os últimos anos do século XX e começo do século XXI são testemunhas dos impactos da convergência acelerada da informática de grandes volumes de dados, biologia e evolução. Uma das áre-

as que resulta dessa convergência é a capacidade de entender e descrever melhor os fenômenos resultantes de interações múltiplas de agentes independentes das quais emergem propriedades não previstas.

Existem exemplos de áreas diversas que vêm estudando fenômenos como as capacidades dos superorganismos, a evolução dos insetos sociais, a ordem por trás do caos das cidades modernas e o funcionamento coerente, porém desestruturado do cérebro, que são resultados dessa compreensão ampliada (JOHNSON, 2003).

A emergência de padrões não resultantes de somatória de partes foi ainda mais evidente a partir do século XXI com a expansão permanente das redes de relacionamento, que, baseadas na explosão da internet, estão ainda capturando nossa compreensão da realidade (CHRISTAKIS; FOWLER, 2011). Assim, o paradigma que visualiza sistemas de interação de agentes independentes e interdependentes, com capacidade de adaptação e de evolução, com suficiente quantidade de interações para constituir um sistema complexo, permite compreender também outros fenômenos, especialmente os sociais.

ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO SISTEMAS COMPLEXOS

Quando a OMS define que “o Sistema de Saúde é composto por todas as organizações, pessoas e ações que têm como propósito promover, recuperar ou manter a saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), ela reforça a dinâmica da complexidade no estudo dos processos de gestão do trabalho. Então, o campo da gestão do trabalho, como um sistema complexo adaptativo, é esse conjunto de pessoas individuais ou organizadas e suas inter-relações que chamamos de “agen-

tes” interdependentes com capacidades de ação e de estratégia, que postulamos serem capazes de auto-organização e de evolução. Contudo, não é necessário pensar sempre com enfoques da complexidade em referência a problemas de gestão da força de trabalho. Um software de pagamento de salários e benefícios deve ser analisado usando o marco referencial funcionalista, do mesmo jeito que as leis da mecânica de Newton explicam razoavelmente bem o movimento de um jogo de sinuca. Já a pergunta, se esses níveis de salários ou benefícios ajudam a melhorar o interesse no trabalho, merece ser analisada usando o arcabouço da complexidade.

Para enxergar os desafios da gestão do trabalho em saúde usando o enfoque dos SCA, deve ser especialmente considerada uma declaração comum e bem conhecida para todos os gestores: os problemas com o pessoal de saúde não têm solução. Ou pensando bem, esses problemas têm soluções que originam novos problemas. Na verdade, de cada ângulo pode ser proposta uma solução a um problema, sem considerar que esse problema pode ser visto como problema só quando é visto a partir de um ângulo particular.

A abordagem de problemas que utilizam pontos de vista parciais, cujas soluções criam novos problemas olhados desde outro ponto de vista, tem sido descrita com o termo problemas “perversos” ou “espinhosos” (*wicked problems*) (RITTEL; WEBBER, 1973). Olhado de diferentes ângulos, a gestão do trabalho pode apresentar *wicked problems*, como por exemplo:

- economizar nas despesas de pessoal melhora o equilíbrio orçamentário, mas cria problemas na cobertura;
- promover a incorporação de equipamentos modernos adiciona uma melhoria técnica, mas, ao mesmo tempo, limita o acesso da população devido a sua baixa disponibilidade;

- o sistema de terceirização do trabalho em saúde supõe uma facilitação do trabalho dos gestores públicos que, por sua vez, é experimentada como condições de emprego mais frágeis para os trabalhadores (HEAD; ALFORD, 2015).

Do mesmo jeito, a falta de congruência entre os valores dos gestores das reformas do sistema, traduzidos em restrições de pessoal pelos cortes orçamentários e os valores dos trabalhadores de saúde, provoca mudanças nos níveis de desempenho e na satisfação dos usuários (RIGOLI; DUSSAULT, 2003). Esta contradição é visível na própria definição de quais são os problemas principais da gestão do trabalho. No entanto, para os responsáveis pela política orçamentária do governo, a saúde é uma preocupação constante pelo fato de que a consideram uma sangria de recursos financeiros. Já, para os trabalhadores de saúde, o problema principal são os baixos salários, as difíceis condições e a falta de pessoal. Não é estranho que ambas as perspectivas tenham um diálogo difícil, devido às diferentes perspectivas para avaliar qualquer aspecto de um problema institucional: não deveríamos nos interrogar sobre se algo funciona bem ou mal, mas para quem os resultados são positivos ou negativos.

A experiência dos serviços mostra que a gestão do trabalho em saúde apresenta permanentemente áreas de “turbulência institucional” (BAR-YAM, 2006). Na perspectiva dos sistemas complexos adaptativos, esta turbulência está criada devido ao fato de que os trabalhadores de saúde, em especial aqueles que têm contato com os pacientes, serem o ponto de encontro de dois sistemas de natureza radicalmente diferente. O primeiro, um sistema determinístico e fixo de escala macro, que define, através da “gestão de recursos humanos”, quantos e que tipos de trabalhadores estão disponíveis; e, o segundo,

um sistema complexo de escala granular, devido à variação quase infinita das necessidades dos pacientes em tempo, quantidade e qualidade no seu encontro com as capacidades múltiplas dos trabalhadores.

Este confronto na interface dos serviços e dos sistemas de natureza diferente, um deles determinístico e fixo e outro granular e complexo, está na base das turbulências diárias que a gestão de um serviço de saúde deve enfrentar.

No intento de incorporar a complexidade no planejamento dos serviços e sistemas de saúde, a OMS começou a reconhecer as interações dos sistemas complexos na organização desses serviços (SAVIGNY; ADAM, 2009), na perspectiva de superar uma compreensão limitada do porquê de muitas políticas bem-intencionadas e decisões gerenciais, destinadas a melhorar os sistemas de gestão do trabalho, não atingem os resultados desejados, mas levam a consequências inesperadas ou não intencionais.

Uma explicação para esse fenômeno é que, com muita frequência, as ferramentas usadas para analisar os sistemas de saúde e as heurísticas usadas para gerar decisões gerenciais são simplistas demais para as complexas interações entre trabalhadores, usuários e serviços. As intervenções inadequadas frequentemente perturbam o equilíbrio dos sistemas complexos, levando ao que Atun (2012) chama de *policy resistance*. Ao mesmo tempo, essa abordagem integrada deve ser capaz de moldar a política de recursos humanos, coerente com os valores, objetivos e necessidades de saúde e com a flexibilidade para introduzir incentivos e ajustes que a força de trabalho exige para estar continuamente envolvida no processo.

A própria liderança das equipes de saúde é um processo adaptativo e auto-organizativo, especialmente quando o processo se estrutura ao redor das necessidades do paciente. A

experiência de lideranças nas equipes cirúrgicas ou de tratamento intensivo é bem conhecida, já que diferentes momentos permitem que diferentes profissionais assumam o comando do processo (MARTIN; STURMBERG, 2005). As descrições de funções, diretrizes clínicas ou portarias não são suficientes para prever o resultado do jogo que é jogado a cada momento, do mesmo jeito que a leitura do manual de xadrez não permite antecipar o resultado de partida alguma, nem mesmo pode dar alguma indicação sobre qual será o próximo movimento das pedras.

ALGUNS ATRIBUTOS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE DO PONTO DE VISTA DOS SCA

Turbulência, incertezas e planejamento

A administração de recursos, o departamento financeiro e, em geral, as estruturas de administração enxergam as pessoas que trabalham na prestação de serviços aos pacientes como recursos predeterminados e com funcionalidades fixas. Estudos realizados em serviços de pronto atendimento e emergência (BURTON *et al.* 2018) verificam, no entanto, que a demanda se apresenta em explosões de alto número de demandantes, enquanto a provisão de recursos humanos se dimensiona em formatos relativamente fixos. Portanto, o provimento que a administração considera “normal”, constituída por uma quantidade média suficiente de pessoas para resolver a demanda, enfrenta-se dia a dia e hora em hora com um padrão de apresentação completamente distorcido em termos de quantidade.

Sendo assim, o planejamento por médias de demanda é, na prática, uma garantia que sempre haverá sobredotação ou

subdotação, frequentemente em extremos. Esta discrepância não bem compreendida, tanto nas escalas da demanda como na natureza dos problemas, está na base dos muitos intentos com baixos resultados dos sistemas de planejamento de recursos humanos (BRITO; PADILLA; RIGOLI, 2002), o que requer avançar para sistemas dinâmicos de planejamento, usando metodologias baseadas em projeções de incertezas (ISHIKAWA *et al.*, 2013).

Na outra ponta, na interface com os usuários, os trabalhadores são agentes tecnológicos e humanos, que tentam dar resposta às necessidades vitais de pessoas que variam não somente em quantidade, mas também apresentando novas demandas. Não é, portanto, surpreendente que esse desencontro gere turbulências, serviços inadequados, baixa resposta às necessidades e conflitos (BAR-YAM, 2006). O caminho para a melhoria da qualidade está repleto de desafios da gestão do trabalho, tendo em vista o choque produzido na interface entre demandas fluidas dos usuários e a rigidez dos sistemas administrativos.

CIRCUITOS DE REALIMENTAÇÃO EM SISTEMAS COMPLEXOS

No sistema de saúde existem múltiplos mecanismos de comunicação entre agentes, seja por via das ações coletivas do pessoal de saúde e da influência das corporações profissionais, seja por via da economia do sistema, da comunicação de padrões tecnológicos e outros. A análise das interações recíprocas, que acontecem entre os movimentos de reforma do setor saúde, e as reações dos trabalhadores a elas, mostram a necessidade de um conceito integrado do papel dos atores da gestão do trabalho, no sistema de saúde, em forma integral,

(RIGOLI; DUSSAULT, 2003) que inclua os trabalhadores como agentes e com estratégia própria.

Outro exemplo de problemas perversos relativos à gestão do trabalho aponta para os resultados paradoxais de novos sistemas de incentivos que mostram que tentar modificar o comportamento dos médicos não elimina o sobretratamento, o subtratamento e outros comportamentos socialmente indesejáveis, que são criados pelos métodos de pagamento por serviço ou por salário. Eles mostram que os profissionais são capazes de reações autônomas, além daquelas previstas pela teoria econômica (CLEMENS; GOTTLIEB, 2014).

NÃO-LINEARIDADE ENTRE CAUSAS E EFEITOS

Os efeitos das políticas podem não só serem paradoxais, como terem resultados desproporcionais em relação à política à qual reagem, devido aos imprevisíveis intervalos de tempo e às complexas estruturas que intermediam as políticas e as reações dos atores, configurando a chamada não-linearidade, que é típica dos sistemas complexos (VIEIRA *et al.*, 2009). Devido a esta não-linearidade, existe uma crescente relutância em estudar as relações causa-efeito das intervenções das políticas nos sistemas de saúde, utilizando modelos causais do tipo dos utilizados para ensaios clínicos (SHIELL; HAWES; GOLD, 2008).

Um exemplo recente de não-linearidade, relativo ao provimento e distribuição de profissionais no SUS, é a dificuldade de fixar profissionais nas equipes de saúde da família, o que levou a criar em 2011 programas de estímulo para médicos (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB e depois Programa Mais Médicos). Como era

de se esperar, parte dos médicos que trabalhava na Estratégia Saúde da Família ou na atenção básica dos municípios migraram, por diferenças no salário, para os novos programas.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde divulgou que aproximadamente 40% dos profissionais aceitos no novo edital do Mais Médicos já atuavam na chamada "Estratégia de Saúde da Família" do SUS. "Em vez de somar profissionais, esse novo edital está trocando o problema de lugar. Se o médico sai de um serviço do SUS para atender em outro, o município de origem fica desassistido, principalmente no Norte e Nordeste", comentou Mauro Junqueira, presidente do Conselho em 2018.¹

Como resultado, o saldo total de fixação de médicos na atenção básica foi menor que o esperado, aspecto só parcialmente resolvido com o provimento através de médicos estrangeiros (ARAUJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017; ARCARI, 2014) durante o tempo em que esse programa existiu.

ÓTIMOS LOCAIS E ÓTIMOS GLOBAIS

Os agentes de um SCA (sejam físicos, sejam biológicos, sejam humanos) têm tendência a evoluir, explorando uma série importante de possíveis opções de ação, chamados *atratores* (LUKOSEVICIUS; MARCHISOTTI; PEREIRA-SOARES, 2016). No entanto, devido a, geralmente, nesse processo se encontrar opções relativamente satisfatórias, é comum que esta exploração tenda a convergir nos chamados ótimos locais e não alcançam outros melhores possíveis, que poderiam

1 <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/29/cerca-de-40-dos-inscritos-no-mais-medicos-atuavam-na-saude-da-familia-no-sus-aponta-conselho.ghtml>

se denominar ótimos globais (SCHNEIDER; SOMERS, 2006; AGOSTINHO, 2001; AXELROD, 1997). Este fenômeno, que alguns autores vinculam nas organizações humanas com a teoria proposta por Simon (1962) da “racionalidade limitada”, é um importante impedimento ao aperfeiçoamento dos sistemas e muitas vezes cria “acidentes congelados no tempo” (GELL-MANN, 1994), que são de uma funcionalidade menor do que poderia ser alcançado utilizando outras opções.

Aplicando este conceito à gestão do trabalho, a configuração municipalizada do SUS é um exemplo desses acidentes congelados no tempo, já que poderíamos concluir que as dificuldades de constituir um plano nacional de carreira, cargos e salários, para profissionais de saúde – e que se arrasta desde 1986, (VIEIRA *et al.*, 2017) – estão relacionadas com a fragmentação das estruturas municipais do Sistema de Saúde. Esta configuração pode ser considerada um “acidente” devido à correlação de forças dos gestores políticos estaduais e municipais nas Conferências Nacionais de Saúde dos anos 1980 e que moldaram a Constituição de 1988 (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

EXPLORAÇÃO EM PROFUNDIDADE VS. EXPLORAÇÃO EM EXTENSÃO

Um comportamento que os SCA apresentam e que supera, às vezes, os limites da contradição entre ótimos locais e ótimos globais, é a tendência dos agentes nas suas interações e dinâmicas, a explorar muitas diferentes opções (ANDRIOPOULOS; LEWIS, 2009). Esta exploração tem, em geral, duas modalidades: os agentes que exploram opções conhecidas e provadas; e aqueles que fazem exploração de novos territó-

rios. Em inglês, essas duas condutas respondem a dois verbos diferentes: *exploitation*, no primeiro caso, e, *exploration*, no segundo. A exploração em extensão (descobrir novas alternativas) é de alto custo para as organizações, visto que desviam recursos de energia para explorações improdutivas. No entanto, em casos de instabilidade ambiental, a exploração em extensão vai suprir novas alternativas quando os mecanismos habituais deixam de ser os ótimos.

Nas organizações, em especial, nas de saúde, este dilema entre exploração (*exploitation*) em profundidade e exploração em extensão de novos caminhos (*exploration*) está permanentemente presente nos mecanismos de aprendizagem coletivo. Continuar a fazer o que já estamos fazendo permite avaliar resultados e aperfeiçoar ações no que Argyris (1991) chama de aprendizagem de circuito simples (*single-loop learning*). Alternativamente, em forma esporádica, as organizações permitem (ou não conseguem segurar) o questionamento dos princípios do que fazemos e por que o fazemos. Esta forma de procurar novos caminhos provoca crises e conflito e permite renovações no funcionamento coletivo, gerando um circuito duplo de aprendizagem (*double-loop learning*). Através de crises na organização, não somente podemos aprender a fazer melhor o que estamos fazendo, mas podemos conseguir revisar as razões de nosso comportamento coletivo.

Na gestão de pessoal na atenção básica brasileira, um modelo de gestão de equipes de saúde, como a Estratégia Saúde da Família, pode mostrar resultados significativos em muitos aspectos e, devido a um caso de exploração em profundidade, alcançar uma cobertura de mais de 60% da população do país. Todavia, existem modelos alternativos de muito menor volume e sem tanta evidência de sucesso (MENDES, 2012). Do ponto de vista da gestão, pode se utilizar enfoque de SCA

para pesquisar em forma limitada alternativas do tipo *exploration* para a avaliação de outras modalidades, sem descuidar o impulso da estratégia que provou sua eficácia.

EMERGÊNCIA DE PADRÕES

Como resultado das características anteriormente descritas, os SCA apresentam padrões de comportamento relativamente uniformes e estáveis sem necessariamente obedecer a uma autoridade central. Vários autores (AXELROD; COHEN, 2001; JOHNSON, 2003; CHRISTAKIS; FOWLER, 2011; WILSON, 2012), descrevem como a evolução e adaptação dos SCA às condições do ambiente selecionam padrões de comportamento que podem parecer guiados por decisões centralizadas racionais, mas que, na verdade, são um produto evolutivo que pode ser replicado por algoritmos nos programas de computação (HOLLAND, 1992).

No caso da gestão do trabalho no SUS, é possível analisar o fluxo de médicos entre as diferentes equipes e regiões como um caso de emergência de padrões.

A chamada “circularidade” na movimentação de profissionais, que pode ser percebida como caótica pelos planejadores e pelos gestores das equipes de saúde devido a sua imprevisibilidade em cada caso, responde, em conjunto, a padrões comuns, incluindo o fato de que de 35% a 40% dos médicos se movimentam fora de sua região principal em forma regular. Percebe-se, assim, que a circulação de médicos depende dos tipos de inserção individual ou empresarial na prestação de serviços (SEIXAS *et al.*, 2017). Estes padrões de fluxo permanente de profissionais têm sido identificados como obstáculos principais para a constituição de carreiras nacionais e regio-

nais e como fator de bloqueio do desenvolvimento da atenção primária no SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O processo de emergência de padrões organizativos pode ser benéfico para fazer crescer de baixo para cima as organizações de saúde. O uso da possibilidade de auto-organização na reforma de cuidados primários, em 2005, em Portugal, permitiu que equipes interprofissionais das Unidades de Saúde Família fossem se organizando nos chamados Agrupamentos de Centros de Saúde (BISCAIA; HELENO, 2017).

IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO NAS TRANSFORMAÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS

Os trabalhadores da saúde, individual e coletivamente, estão no meio da turbulência de várias frentes de tormenta que podem ser assim reveladas:

- É cada vez mais claro que os fatores que aumentam a carga de doenças em nossa região estão principalmente no campo da determinação social e ambiental (condições crônicas, violência, drogas, poluição). Todavia, nem o currículo, nem a prática dos profissionais de saúde permitem que eles ajam com graus razoáveis de eficácia nesses campos. A sociedade começa inclusive a questionar a relevância do setor de serviços de atenção à saúde (hospitais, profissionais, medicamentos) para produzir efeitos substanciais nas macro-tendências da saúde.
- A prestação de serviços clássicos de saúde (curativos, preventivos e de formação de profissionais) é cada vez mais uma área de realização de lucros para os fundos de investimento cada vez mais concentrados. Esses mega-complexos de tecnologia (medicamentos + genética + equipamentos + robótica) exi-

gem intermediários para entregar seus produtos e, hoje, esses intermediários (que poderíamos chamar de “dealers de tecnologia”) são os profissionais de saúde. O avanço da inteligência artificial e a robótica diminui progressivamente o papel destes dealers, no entanto não é fácil prever sua data de validade. Portanto, treinamento, tendências em especialização e educação continuada são fortemente influenciados pela “voz do dinheiro”.

- A formação de profissionais de saúde, como um campo de investimentos de fundos de investimento, traduz-se em compras e vendas de universidades, especialmente aquelas que desenvolvem atividades de formação médica, dentro de portfólios de outros tipos de investimento. A linha geral de maximização de lucros é a minimização de utilização de professores (que são uberizados, por demanda) e a criação permanente de atividades online padronizadas que podem ser transferidas entre diferentes unidades de negócios do holding educativo.
- Ao mesmo tempo, uma prática ainda pouco desenvolvida nos países da América Latina tem a ver com os processos seletivos automatizados, tanto na seleção de candidatos para vagas nas escolas de elite, como nos postos de trabalho. Este tipo de seleção processada por algoritmos tem sido denunciado por vários autores como uma amplificação oculta das desigualdades de gênero, raça e origem social (WELLS *et al.*, 2018; HOWARD; BORENSTEIN, 2018).

Os gestores e trabalhadores da saúde navegam, consequentemente, no encontro e choque de duas tendências contraditórias: por uma parte, há uma generalização da Saúde Universal como componente principal das políticas de saúde, caracterizada pela aceitação de que o acesso e a cobertura de saúde são um direito de todos e que o Estado deve ser o protagonista

para torná-la realidade; por outra, as políticas de austeridade, o envelhecimento da população e a expansão ininterrupta das tecnologias disponíveis criam restrições materiais às políticas de Saúde Universal.

Contudo, o enfoque de Sistemas Complexos Adaptativos também permite propor vias de transformação dos sistemas com a incorporação dos trabalhadores de saúde como agentes ativos nas transformações. Essas tendências contraditórias frequentemente colocam os profissionais de saúde na encruzilhada, devendo enfrentar as crescentes demandas e sofrendo as limitações materiais e os conflitos éticos que surgem do choque dessas tendências.

O enfoque de Sistemas Complexos Adaptativos abre a porta para pensar em sistemas auto-organizativos do trabalho em saúde. Nas redes de interações dos SCA, a inteligência está contida nos nós, e não no topo, como é assumido nos modelos estratégicos tradicionais de organização (MATHEWS; WHITE; LONG, 1999).

Um enfoque do tipo auto-organizativo, especialmente na força de trabalho mais diretamente vinculada às necessidades de saúde da comunidade, oferece a perspectiva do chamado “crescimento orgânico” por autorrecrutamento e estruturação coletiva, como, por exemplo, nos agentes comunitários (KOK *et al.*, 2017). Isso sugeriria que o papel da estratégia de desenvolver a força de trabalho é encontrar maneiras de aproveitar a inteligência dentro dos nós (das relações formais e informais) e desenvolver mecanismos de apoio para sustentá-la, em vez de tentar conduzir as mudanças de cima para baixo (PASCALE, 1999; TRUSS, 2001)

AGOSTINHO, M. “Administração complexa”: revendo as bases científicas da administração. **RAE-eletrônica**, v. 2, n. 1, p. 1-18, jan./jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/raeel/v2n1/v2n1a15.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

AGOSTINHO, M. **A organização emergente**: gerenciando o processo de auto-organização. 2001. Tese (Doutorado) - Programa de Engenharia de Produção da COPPE/UF RJ, Rio de Janeiro, 2001.

ANDRIOPOULOS. C.; LEWIS, M. Exploitation-exploration tensions and organizational ambidexterity: managing paradoxes of innovation. **Organization Science**, v. 20, n. 4, p. 696-717, July/Aug. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1287/orsc.1080.0406>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/220520931_Exploitation-Exploration_Tensions_and_Organizational_Ambidexterity_Managing_Paradoxes_of_Innovation. Acesso em: 4 set. 2009.

ARAÚJO, C.; MICHELOTTI, F.; RAMOS, T. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface**, (Botucatu), [online], v. 21, supl. 1, p. 1217-1228, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0607 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1217.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

ARCARI, J. **Avaliação da satisfação dos usuários de estratégias da saúde da família compostas por profissionais do programa mais médicos no município de Porto Alegre no curso de Pós-**

Graduação em Atenção Especializada em Saúde: ênfase em Gestão Pública. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

ARGYRIS, C. Teaching smart people how to learn. **Harvard Business Review Reflections**, v. 4, n. 2, May/June, 1991.
Disponível em: http://pds8.egloos.com/pds/200805/20/87/chris_argyris_learning.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

ATUN, R. Health systems, systems thinking and innovation. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. iv4-iv8, Oct. 2012.
DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs088>. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/article/27/suppl_4/iv4/620794. Acesso em: 4 set. 2019.

AXELROD, R. **The Complexity of cooperation:** agent-based models of competition and collaboration. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997.

AXELROD, R.; COHEN, M. **Harnessing complexity:** Organizational Implications of a Scientific Frontier. New York: Basic Books; 2001.

BAR-YAM, Y. Improving the effectiveness of health care and public health: a multiscale complex systems analysis. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, p. 459-466, Mar. 2006.
DOI: 10.2105/AJPH.2005.064444. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2005.064444>. Acesso em: 4 set. 2019.

BEGUN, J.; ZIMMERMAN, B.; DOOLEY, K. Health care organizations as complex adaptive systems. In: MICK, S.; WYTTENBACH, M. (ed.) **Advances in health care organization theory.** San Francisco: Josey-Bass, 2003. p. 253-288.

BISCAIA, A.; HELENO, L. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 22, n. 3, p. 701-712, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33152016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0701.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

BRITO, P.; PADILLA, M.; RÍGOLI, F. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. **Educ Med Super**, v. 16, n. 4, 2002.

BURTON, C. *et al.* Do healthcare services behave as complex systems? Analysis of patterns of attendance and implications for service delivery. **BMC Medicine**, v. 16, n. 138, p. 2-15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1132-5>. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-018-1132-5>. Acesso em: 4 set. 2019.

CHRISTAKIS, N.; FOWLER, J. **Connected: how your friends' friends' friends affect everything you feel, think and do.** 2nd. ed. New York: Back Bay Books Little; Brown and Company, 2011.

CLEMENS, J.; GOTTLIEB, J. Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health? **Am Econ Rev.**, v. 104, n. 4, p. 1320-1349, Apr. 2014.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

GELL-MANN, M. **The Quark and the jaguar.** New York: W. H. Freeman, 1994.

HEAD, B.; ALFORD, J. Wicked problems: implications for public policy and management. **Administration & Society**, v. 47, n. 6, p. 711-739, Aug. 2015.

HOLLAND, J. **Adaptation in natural and artificial systems: an introductory analysis with applications to biology, control, and artificial intelligence.** Cambridge, Mass.: MIT Press, 1992.

HOWARD, A.; BORENSTEIN, J. The Ugly Truth About Ourselves and Our Robots Creations: The Problem of Bias and Social Inequity. **Social and Engineering Ethics**, v. 24, n.5, p. 1521-1536, 2018.

ISHIKAWA, T. *et al.* Forecasting the absolute and relative shortage of physicians in Japan using a system dynamics model approach. **Human Resources for Health**, v. 11, n. 41, Aug. 2013. DOI: 10.1186/1478-4491-11-41. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4491-11-41>. Acesso em: 4 set. 2019.

JOHNSON, E. **Emergência: a vida integrada de formigas, cérebros, cidades e softwares.** Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

KOK, M. *et al.* Performance of community health workers: situating their intermediary position within complex adaptive health systems. **Human Resources for Health**, v. 15, n. 59, 2017. DOI 10.1186/s12960-017-0234-z. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/28865471>. Acesso em: 4 set. 2019.

LUKOSEVICIUS, A.; MARCHISOTTI, G.; PEREIRA-SOARES, C. Panorama da complexidade: principais correntes, definições e constructos. **Sistemas e Gestão** (rev. electronica), v. 4, n. 11, p. 455-465, dez. 2016. DOI: 10.20985/1980-5160.2016.v11n4.1157. Disponível em: <https://www.revistasg.uff.br/sg/article/view/1157/530>. Acesso em 4 set. 2019.

MARTIN, C.; STURMBERG, J. General practice: chaos, complexity and innovation. **Med J Aust**, v. 183, n. 2, p. 106-109,

July, 2005. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2005.tb06943.x. Disponível em: https://www.mja.com.au/system/files/issues/183_02_180705/mar10892_fm.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

MATHEWS, K.; WHITE, M.; LONG, R. Why study the Complexity Sciences in the Social Sciences? **Human Relations**, v. 52, n. 4, p. 439-462, 1999.

MENDES, E. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária da saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 74-102. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

MINTZBERG, H. **Managing the myths of health care: bridging the separations between care, cure, control, and community**. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc., 2017. p 51-52.

MITCHELL, M. **Complexity: a guided tour**. New York: Oxford University Press, 2009.

MORIN, E. **On Complexity: advances in systems theory, complexity, and the human sciences**. Cresskill, NJ: Hampton Press, 2008.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciêns Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, abr. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.31382016 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

PASCALÉ, R. Surfing the Edge of Chaos. **Sloan Management Review**, v. 40, n. 3, p. 83-94, 1999.

PLSEK, P.; GREENHALGH, T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. **BMJ**, v. 323, n. 7313, p. 625-628, Sept. 2001. DOI: 10.1136/bmj.323. 7313.625. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232269387_Complexity_Science_The_Challenge_of_Complexity_in_Health_Care. Acesso em: 4 set. 2019.

RAMOS, F.; JANUARIO, S. Gestão de pessoas: uma abordagem epistemological. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 13, n.1/2, p. 299-330, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v13n1-2/12.pdf>. Acesso em 4 set. 2019.

RIGOLI, F.; DUSSAULT, G. The interface between health sector reform and human resources in health. **Human Resources for Health**, v. 1, n. 9, 2003. DOI: 10.1186/ 1478-4491-1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC305361/pdf/1478-4491-1-9.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

RITTEL, H.; WEBBER, M. Dilemmas in a General Theory of Planning. **Policy Sciences**, v. 4, p. 155-169, 1973.

SAVIGNY, D.; ADAM, T. (ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. World Health Organization, Genève, 2009.

SCHEFFLER, R. M. **Is there a doctor in the house?: market signals and tomorrow's supply of doctors**. Stanford, Calif.: Stanford General Books, 2008.

SCHNEIDER, M.; SOMERS, M. Organizations as Complex Adaptive systems: implications of Complexity Theory for Leadership Research. **The Leadership Quarterly**, v. 17, p. 351-365, 2006. Disponível em: http://irpublicpolicy.ir/wp-content/uploads/2017/08/ARTICLE_Organizations_as_complex.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

SEIXAS, P. *et al.* Circularidade dos médicos nas regiões de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, supl.1, p. S209-S218, out. 2017. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100009 Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-S199.pdf. Acesso em: 4 set. 2019.

SHIELL, A.; HAWES, P.; GOLD, L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. **BMJ**, v. 336, p. 1281-1283, June, 2008. DOI: 10.1136/bmj.39569.510521.AD. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413333/pdf/bmj-336-7656-analysis-01281.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

SIMON, H. The architecture of complexity. **Proceedings of the American Philosophical Society**, v. 106, n. 6, p.467-482, Dec. 1962.

SMITH, A. **An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations**. Edited by S. M. Soares. Metalibri Digital Library, 29th May 2007. Disponível em: https://www.ibiblio.org/ml/libri/s/SmithA_WealthNations_p.pdf. Acesso em: 8 set. 2019.

TRUSS, C. **Shifting the paradigm in human resource management**: from the resource-based view to complex adaptive systems. England: Working Paper, School of HRM, Kingston Business School, 2001. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.321.7149&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

VIEIRA, M. *et al.* Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichán** [online], v. 9, n. 3, p. 212-221, Dic. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/43070983_Um_modelo_de_enfermagem_como_sistema_complexo_adaptativo. Acesso em: 4 set. 2019.

VIEIRA, S. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711209. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>. Acesso em: 4 set. 2019.

WELLS, M. *et al.* **Algorithms, big data, and inequality: challenging data-driven discrimination by examining the design and use of algorithmic systems** ISS Collaborative Project Proposal 2018-2021. [Ithaca, NY: Cornell University/Cornell Center for Social Sciences], 2018.

WILSON, E. **The social conquest of Earth**. New York: Liveright Publishing Corp., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business: strengthening health systems**. Geneva: WHO, 2007.

A inclusão pelos olhos do afeto: corpos que aprendem

Maria Aparecida Dias | cidaufrn@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Depto. de Educação Física da UFRN;
pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

Ana Aparecida Tavares da Silveira | anatalats@gmail.com

Mestre em Educação; especialista em Educação Física Escolar; servidora da
Secretaria Municipal de Educação de Natal/RN

Sara Maria Pinheiro Peixoto | sarinha27@gmail.com

Mestre em Educação; profa. do Núcleo de Educação Infantil/UFRN

Pesquisas apontam que muitos educadores se sentem despreparados para ensinar pessoas com deficiência, principalmente por não terem recebido formação inicial adequada e, do mesmo modo, não conhecerem as possibilidades e limitações que as deficiências podem apresentar no processo de aprendizagem. Logo, sem saber o que a pessoa com deficiência é capaz de aprender, o professor sente-se inseguro e hesitante sobre o que deve ensinar e o que avaliar na aprendizagem dos seus alunos (MARTINS; SILVA, 2009; CHICON; RODRIGUES, 2017).

44

Partindo dessa premissa, a maioria dos professores entende que para atuar com alunos com deficiência é preciso reaprender a ser professor. Este pensamento está pautado, principalmente, por um modelo de escola que tradicionalmente não se reconhece como espaço inclusivo. Nesta direção, seguem as reflexões de Lima e Vieira (2017, p. 57): “Eles tiveram que se ajustar às novas necessidades em uma escola cujo modelo foi cunhado na sociedade capitalista estruturada para a desigualdade social e a exploração do trabalho”. O conhecimento trabalhado na maioria das escolas vem carregado de verdades prontas, absolutas, imutáveis, reprovando os alunos que tentam vencer essa subordinação intelectual. O aluno, por sua vez, para obter o status de bom aluno, deve seguir os modelos pré-definidos e apresentar os resultados esperados.

Conforme Mantoan (2006, p. 192), “o aluno da escola inclusiva é outro sujeito, que não tem uma identidade fixada em

modelos ideais, permanentes, essenciais”. Ser diferente passa a ser um direito e essa mudança sofrida no perfil do aluno desconstrói e abala as estruturas do ensino, não sendo mais possível pensar “o sistema atual de significação escolar excludente, normativo, elitista, com suas medidas e mecanismos de produção da identidade e da diferença” (MANTOAN, 2006, p. 188).

Para Magalhães e Ruiz (2011), as regras impostas dentro e fora da sala de aula rotulam os alunos que não se enquadram no padrão estabelecido, sendo considerados “preguiçosos”, “indolentes”, “indisciplinados”, “hiperativos”, “disléticos” “disgráficos”, entre outros rótulos, tornando-os culpados pela sua própria falta de capacidade em acompanhar o desenvolvimento da aprendizagem da turma. Tirar os alunos dessa situação excludente em que estão envolvidos é um grande desafio.

Diante de tal discussão, para os educadores, este novo paradigma é um desafio gigantesco, pois implica em mudanças de concepções e questionamentos sobre sua prática educativa. Surgem, portanto, dúvidas acerca de novos saberes, novas formas de ensinar e de avaliar, qual sua concepção de educação inclusiva, qual seu papel de educador, além de outras maneiras de olhar para o corpo e sua relação com o outro, tendo como relevância teórica a afetividade.

Na tentativa de encontrar novos saberes que atendam às atuais demandas postas à educação, muitos educadores buscam compreender o aluno com deficiência em diversos aspectos ligados aos conhecimentos médicos, psicológicos e em seu processo de reabilitação, deixando de lado, por falta de conhecimento, outros aspectos que podem ser considerados em seu processo de ensino-aprendizagem.

No Brasil, o caminho percorrido para compreender as deficiências é, segundo Diniz (2007), ainda muito atrelado ao

conhecimento biomédico, que estabelece categorias (física, mental, sensorial, psicológica etc.) e graduações de intensidade (leve, moderada e grave) para oferecer tratamentos e cuidados de acordo com suas especialidades. Todavia, o interesse de outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais, vem quebrando a hegemonia biomédica. Uma das grandes conquistas foi compreender a deficiência em termos políticos e não estritamente na perspectiva diagnóstica e funcional. Sua nomenclatura se modifica para dar lugar a um novo grupo social, a uma nova identidade.

Para os precursores dos estudos sobre deficiência, a linguagem referente ao tema estava carregada de violência e de eufemismos discriminatórios: “aleijado”, “manco”, “retardado”, “pessoa portadora de necessidades especiais” e “pessoa especial”, entre tantas outras expressões ainda vigentes em nosso léxico ativo. Um dos poucos consensos no campo foi o abandono das velhas categorias e a emergência das categorias “pessoa deficiente”, “pessoa com deficiência” e “deficiente”, conforme aponta Diniz (2007).

Isto posto, a deficiência deixa de assumir um caráter puramente patológico, uma expressão de funcionalidade ou habilidade, ganhando uma identidade própria e tornando-se um movimento político de interesse do campo dos estudos culturais. Migra da tragédia individual de limitação corporal para um problema social, que precisa de proteção das políticas públicas para reparar a desigualdade. Com isso, a deficiência sai do controle discursivo do campo biomédico e invade o espaço sociológico para se tornar matérias políticas e de intervenção do Estado (DINIZ, 2007).

Partindo dessas discussões, surgem algumas questões: conhecer os limites e possibilidades do corpo das pessoas com deficiência, partindo da visão biológica, dará os elementos

necessários para o conhecimento tão almejado pelos profissionais da educação sobre a pessoa com deficiência? Considerando que há outros olhares que o ampliam, será esse um caminho exitoso?

Para tais indagações, acreditamos que as respostas não devem confirmar nem reforçar tais ideias, pois é possível, sim, encontrar outras trajetórias que favoreçam significativamente o processo de ensino e aprendizagem que envolve o professor e o aluno com deficiência. Apostamos na construção de uma educação inclusiva, considerando a compreensão de deficiência pelas ciências humanas, como um estilo de vida, que foi duramente moldado por ambientes hostis à diversidade e pluralidade de corpos (DINIZ, 2007).

Considerando tal assertiva, deseja-se, então, refletir sobre o corpo como lugar do conhecimento, desmistificando a homogeneidade corpórea centrada nas deficiências e nas síndromes que desconsideram a diversidade de sujeitos com ou sem deficiência. Para isso, contextualizaremos a trajetória do corpo com deficiência e seu papel no processo cognitivo, a partir de um olhar mais sensível ao corpo e à relação professor-aluno.

CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA: DO CORPO AFETADO AO CORPO DO AFETO

Do corpo afetado

Na tentativa de elucidar determinadas questões, busquemos, primeiramente, apresentar alguns conceitos históricos, de modo que fique claro de que corpo deficiente estamos falando.

Partindo das ideias de Carmo (1989), a expressão “deficiente” foi usada, durante muito tempo em nossa sociedade, para atribuir a um sujeito alguma forma de anormalidade perante os outros, seja de ordem cognitiva, seja de ordem física. Baseando-se nessas concepções, percebemos claramente a ideia de pessoa sem deficiência, considerada “normal”, e pessoa com deficiência, “não normal”, o que sabemos, hoje, que tais expressões estão completamente obsoletas.

Na tentativa de falar sobre o que é uma deficiência, ainda nos é apresentado a ideia de que deficiente é aquele que não faz uso de um ou mais sentidos, provocando limitações, sejam mentais, sejam motoras. Por muitos anos, os corpos deficientes foram alvos de penúria, estigmatizados como aleijados, bastardos, excepcionais e deformidades. Ainda não suficiente, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, os corpos “monstruosos” se assentavam como espetacularização em praças públicas, apresentados como aberrações da natureza (CORBIN; VIGARELLO; COURTINE, 2008).

Julgados como “bobos da corte” para uma sociedade em plena ascensão industrial, no qual o capitalismo era o seu maior progresso, esses corpos não aceitos socialmente eram considerados improdutivos sob o aspecto biológico e negados enquanto sujeitos históricos e culturais, incapazes mentalmente e corporalmente.

Le Breton (2010, p. 75) ilustra essa realidade afirmando que “a existência do corpo deficiente na sociedade fortalece a estrutura social da normalidade, este corpo restringe-se em sua definição social e é percebido como indivíduo meio-termo”.

Diante das mais proferidas nomenclaturas atribuídas à pessoa com deficiência, o estigma social tem acompanhado, durante toda a sua trajetória, no pressuposto de modelos e proeminência de corpos perfeitos e produtivos.

Conforme Diniz (2007), o corpo deficiente vem, desde o século XVIII, sendo visto como um corpo fora da norma, por ser comparado a corpos sem deficiência. Ao se tornar campo de estudo das ciências humanas, em meados do século XX, passa a ser visto como mais uma possibilidade, entre muitas outras, de existência humana. Em um contexto social mais sensível à compreensão da diversidade corporal, percebe-se que,

[...] anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida e que a afirmação da deficiência como um estilo de vida não é resultado exclusivo do progresso médico. É uma afirmação ética que desafia nossos padrões de normal e patológico (DINIZ, 2007, p. 8-9).

49

No século XXI novos paradigmas precisaram ser grafados com o descerramento de políticas mundiais e nacionais que adentravam nas sociedades ocidentais, despontando um novo cenário para as pessoas com deficiência.

A este respeito, destacamos algumas políticas ativas, que foram de grande valia para a dar início à ruptura de alguns paradigmas, entre elas a Declaração Mundial de Educação para Todos (UNESCO, 1990), documento organizado pelas Nações Unidas para a Educação e a aprendizagem das pessoas com deficiência; a Declaração de Salamanca (UNESCO,

1994), na Espanha, tratando justamente de políticas e princípios na área da Educação Especial e um novo olhar sobre a pessoa com deficiência; e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação com as Pessoas Portadoras de Deficiência, manifestada como Declaração da Guatemala (BRASIL, 2001). No Brasil, queremos dar destaque à Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), documento, este, que se fundamenta em políticas públicas fomentadoras de uma educação de qualidade para todos.

No documento que trata da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2008), em seu artigo 1º, é exposta uma definição da pessoa com deficiência.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, com interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Deficiência é um conceito em evolução (BRASIL, 2008).

Estamos diante de uma concepção mais integralizada mediante os conceitos apresentados anteriormente. Com isso, vimos que, apesar de seus impedimentos físicos, cognitivos ou sensoriais, isso não impede que os sujeitos possam se desenvolver, uma vez que sejam oportunizadas condições favoráveis para o seu desenvolvimento integral em todas as dimensões. Em meio a essa discussão, novos entendimentos despontaram sobre a pessoa com deficiência, mas ainda não foram suficientes para alterar o seu estigma social de incapacidade.

Essas pessoas, que eram conjecturadas pelos seus corpos, viveram partes de suas vidas atormentadas, abominadas da

relação social. Destarte, não podemos contradizer a sua estrutura biológica, mas, de fato, não podemos negar a presença desses corpos na sociedade (GAIO; PORTO, 2006).

Ao corpo do afeto

Desde o momento perinatal, nosso primeiro contato com o mundo é dado pelo corpo, a exprimir que esse contato ainda ocorre dentro do útero materno e, com este, os primeiros sinais de relação com o mundo exterior, portanto essa relação jamais pode ser negada e está enlaçada pela afetividade. À medida que crescemos e somos estimulados, vamos apreendendo nossas potencialidades e limitações, ampliando, assim, nossas possibilidades de interação e atuação no mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

No legado deste autor, é apresentada a assertiva de que somos um processo incompleto e infinito, o qual estamos, a todo momento, constituindo-nos enquanto sujeitos aprendentes e abertos a novas experiências, possibilitados por um corpo que vai além de uma condição biológica, física e funcional. Referimo-nos, aqui, a um corpo em sua totalidade humana. A esse respeito, Nóbrega (2009, p. 32) revela que “o corpo se faz presente em todos os atos humanos, é a vida em sua plenitude, em toda a sua forma. Desprezar o corpo é negar a vida e o próprio ser”.

Em se tratando da pessoa com deficiência, essa condição não é díspar. Estamos diante de um corpo que, apesar de uma condição de deficiência, é um corpo subjetivo, provido de sentidos e significados com os mesmos anseios e desejos que qualquer outro corpo. Precisamos viver e nos sentir corpos, e isso só será executável à medida que vivemos nossa corporeidade. No tocante a isto, Nóbrega (2009, p. 58) afirma:

vivenciando o corpo, não como instrumento ou objeto, mas como corpo-sujeito, a síntese da nossa presença do mundo não pode ser reduzida a práticas corporais voltadas apenas para o rendimento, a disciplina autoritária, a padronização de gestos, reprodução de valores utilitaristas e individualistas, a mensuração e a quantificação de resultados. Mas sim, ampliar as possibilidades do movimento para o lúdico e para a expressividade contidas na linguagem sensível.

Em uma perspectiva merleau-pontiana, a autora revela que temos de possibilitar a experiência do corpo vivido e que esta dar-se-á através das experiências proporcionadas, da percepção do que se vive e como se vive, ampliando as possibilidades desse sujeito. Não estamos aqui desmerecendo a condição de corpo enquanto representação motora, mas partindo da premissa de que o corpo apenas nesta perspectiva não é suficiente para a sua compreensão enquanto corpo sujeito.

A percepção transfere uma variedade de possibilidades ao sujeito, que perpassa suas experiências de vida, de histórias, de cultura, providas de intenções conscientes ou não de suas vivências. É no corpo que começa a percepção (NÓBREGA, 2008).

Partindo desses enunciados, devemos ampliar nossas perspectivas acerca da criança com deficiência, e, desse corpo, para uma apreensão mais integral do sujeito, considerando toda sua subjetividade e dando espaço para sua corporeidade para além de sua deficiência. Estamos falando sobre um corpo que se estabelece na interação com outros corpos, pela troca, pela mediação e pelo afeto.

A afetividade transita pelo corpo e isso é axiomático. De acordo com Winograd e Mendes (2009), nos estudos de Sig-

mund Freud é apresentada a ideia de um corpo implicado pela afetividade, desmistificando essa condição de prontidão de corpo biológico. Na perspectiva freudiana, não existe um conceito pronto e acabado sobre corpo; no entanto, o corpo está presente em toda a sua discussão psicanalítica sob uma perspectiva simbólica, imaginária e afetiva. Em sua teoria, identifica-se que o indivíduo se insere como sujeito no mundo, constituído pela sua percepção e sua singularidade. Winoograd e Mendes (2009, p. 9) asseveram que

o corpo transborda os limites da matéria, não podendo mais ser reduzido à sua pura biologia. Ao mesmo tempo, embora subjetivado e tornado palavra e expressão, o corpo também não se restringe à representação consciente ou inconsciente que o sujeito faz dele. O corpo apresenta aspectos que não apenas transcendem o campo da pura subjetivação, mas também a determinam.

53

Percebemos, claramente, nestes autores, as singularidades do afeto, do corpo e a relação plausível entre essas duas interfaces, o quanto elas se complementam. O afeto constitui a nossa condição mais íntima de ser desde as nossas primeiras experiências humanas, dados pelos nossos instintos à nossa saciação de desejos.

Wallon (1968), por sua vez, dedica parte de seus estudos sobre a importância da afetividade, sobre o sujeito e suas contribuições. Não nos referimos aqui à afetividade no sentido de “permissividade e amorosidade”, versamos em seu sentido mais amplo, na relação íntima com o outro, sua mediação e emoção que permeia todo esse processo, essencial na constituição desse ser sujeito em toda sua totalidade. Esse conceito ampliado de afetividade também é encontrado em outro autor:

Por sua vez, a afetividade é situação como um conceito mais amplo, envolvendo vivências e formas de expressão humanas mais complexas, desenvolvendo-se com a apropriação de sistemas simbólicos culturais pelo indivíduo, que vão possibilitar sua representação, mas tendo como origem as emoções. É um conceito que além de envolver um componente orgânico, corporal, motor e plástico que é a emoção, apresenta também um componente cognitivo, representacional, que são os sentimentos [...] relação (LEITE, 2006, p. 21).

Nessa ótica, percebemos a afetividade envolvendo toda a conjuntura de vivências e formas de expressões humanas mais imbricadas entre si. Sob a perspectiva walloniana, tratamos aqui de uma dimensão que é interpelada pelo movimento, pelo cognitivo, pela afetividade, pela formação do eu e, logo, pelo desenvolvimento da criança, a qual essas dimensões estão encadeadas. Já concluímos que a criança tem como base inicial o seu corpo biológico, mas este, por si, não a constitui enquanto sujeito cognoscente, são as relações que permeiam suas experiências afetivas, históricas, culturais e sociais que impulsionam o seu desenvolvimento.

Desta forma, concordamos que:

Em termos epistemológicos, compreendemos que a afetividade diz respeito a qualquer experiência emotiva vivenciada pelo sujeito em sua relação com o mundo, à forma como esse sujeito é afetado pelos acontecimentos da vida, o que não dispensa o domínio da razão, a singularidade e complexidade do aparelho epistêmico que o compõe, enfim, a aspectos indissociáveis do processo cognitivo (SOUSA; BASTOS, 2011, p. 171).

Nesse sentido, acreditamos que razão e emoção são componentes funcionais indissociáveis e intrínsecos ao corpo, seja ele com deficiência, seja ele sem deficiência. Na tentativa dessa interface corpo com deficiência, sujeito e afetividade, De Marco (1995, p. 27) afirma:

Eu sinto com minha mente, movimento-me com meu corpo, e movimento-me com minha mente e sinto com meu corpo, assim não é possível separar essas estruturas e esses processos. Não posso falar do meu corpo para meu corpo, sem ser o meu corpo. Essas reflexões me tornam claro que eu tenho que ter consciência do meu corpo, e eu só consigo isso vivenciando-o nas mais diferentes situações e inter-relações.

O autor nos alerta sobre a necessidade de compreendermos o corpo em toda sua dimensão humana. São, pois, corpos que sentem, aprendem, vivem, movem-se em um espaço e tempo, produzem culturas; portanto, são corpos que precisam transcender histórias e vivências para além de suas deficiências.

55

CORPOREIDADE, AFETIVIDADE, RELAÇÃO COM O OUTRO E INCLUSÃO

Seja o corpo com deficiência, seja em seu sentido factual “eficiente”, é substancial, na cognição e na afetividade, a formação desse sujeito, não podendo o corpo jamais ser separado do sujeito pensante.

Partindo dos preceitos do filósofo e fenomenólogo Merleau-Ponty (2006), o sujeito está em constante contato com o seu corpo e este, por sua vez, em contato com o mundo ao seu

redor. Considerando esse corpo numa perspectiva fenomenológica, o corpo não é objeto, ele é a manifestação da nossa expressividade, é sujeito. Somos corpos, movimento, toque, expressão, sensação, logo, presença: isso é corporeidade.

Para Merleau-Ponty (2006), a teoria walloniana aponta que o desenvolvimento humano sobrevém de cinco estágios, que são evidenciados pelos aspectos afetivos e cognitivos, coadjuvando na constituição desse corpo como sujeito e nossas interações com o outro.

No estágio que Wallon denomina de *impulsivo emocional*, que compreende o primeiro ano de vida da criança, existe uma relação muito marcante com a presença da mãe. Assim, a comunicação afetiva é peculiar, dando descerramento para a percepção de si, de forma que a percepção do próprio corpo precede a de outrem.

A etapa seguinte, definida como estágio *sensório-motor*, compreendida entre o 1º e o 3º ano de vida, caracteriza-se pela fase projetiva. A criança já estabelece reconhecimento espacial no mundo físico onde está inserida. Ainda neste estágio fase, a criança dá início à imagem especular do próprio corpo, como espécie de uma projeção de si mesma, em uma temporalidade e espacialidade diferente do adulto. Todavia, a criança reconhece a imagem especular de outra pessoa mais precocemente que o da sua imagem. Portanto, reconhecer a imagem do seu próprio corpo no espelho é um problema para criança, pois

ela precisa entender que aquela imagem não é ela mesma, pois ela está onde se sente estar interoceptivamente, mas também que é visível para outrem naquele lugar onde se sente, assim como vê sua imagem no espelho (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 312).

Merleau-Ponty (2006), ainda, ao analisar Wallon, percebe que a criança nesse estágio não reconhece a imagem especular como irreal, diferentemente do adulto, que redistribui os valores espaciais e corrige os dados da experiência superando facilmente esse problema. Assim, ele defende que

a criança tem um modo de espacialidade diferente do adulto. Essa espacialidade que adere às imagens se reduz ao longo do desenvolvimento. Com o desenvolvimento intelectual, aprendemos a sobrepor nossa imagem especular a nosso próprio corpo e a reconhecer que a imagem está apenas numa espécie de pré-espaco (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 312).

Desta forma, o autor aponta que a unidade entre meu corpo e o corpo do outro vai além da interpretação de imagem especular de Wallon. Amplia essa discussão por meio da compreensão dos psicanalistas, que dão um sentido mais concreto ao problema, “é toda uma dimensão de experiência que a criança descobre com a imagem especular. Ela pode contemplar-se, observar-se. A criança constrói para si um eu visível: um superego, que deixa de ser confundido com seus desejos” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 315).

O próximo estágio, segundo Wallon (1968), é o *personalismo*, que circunda as crianças de três a seis anos de vida. Essa etapa é caracterizada pelo simbolismo da observação e da imitação, constituindo a elaboração de sua personalidade e consciência de si, estabelecidos nas relações de interações sociais, tonificando-se com a afetividade que vai ganhar evidência nessa etapa.

O 4º estágio, denominado como *categorial*, compreende as crianças de seis a onze anos, em que já se constitui por escolhas mais definidas e objetivas que são alicerçadas na fase

anterior, dando uma conquista maior ao mundo externo e configurando, portanto, em seus aspectos cognitivos.

Por fim, o 5º e último estágio, apresentado por Wallon como *puberdade e adolescência*, compreende a faixa etária dos onze anos até o início da vida adulta, também conhecida como a fase de sua autoafirmação que se configura através de mudanças corporais e que traz novos elementos afetivos e de uma nova personalidade.

Vale destacar que, para Wallon (1968), esses estágios não têm um início e um fim em si próprios. Cada sujeito responde de uma maneira a essa dinâmica de estágios entre o mundo físico e o mundo vivido, estabelecidos em todas as experiências e interações a que somos favorecidos.

Na espécie humana, o meio social se sobrepõe ao meio físico, e ganha importância e relação a ele. A constituição da criança ao nascer não será a única lei do seu destino posterior. Seus efeitos podem ser amplamente transformados pelas circunstâncias vividas nos diferentes meios e grupos oferecidos pela sociedade (WALLON, 1968, p. 288).

Desse modo, a corporeidade é o intérprete de todas as emoções estabelecidas com o meio social, suscitando reciprocidade, na qual corpo e afetividade se complementam.

Para Merleau-Ponty (2006), a relação entre uma criança e um adulto situa-se de uma incorporação de significados que se estabelecerá pela afetividade, portanto esses significados não podem ser desprovidos de sentidos. Assim, o desenvolvimento da inteligência e a aquisição da linguagem estão adstri-tos à afetividade. Para Souza e Bastos (2011, p.171),

essa compreensão parece não alcançar o âmbito da escola e seus constituintes, especialmente porque nele prevalecem dicotomias como afeto-cognição, sujeito-objeto, corpo-mente e se valoriza a dimensão intelectual do sujeito aprendente, segundo o reducionismo de que os sentimentos comprometem a eficácia e os objetivos da educação.

As dicotomias permanecem, segundo esses autores, em decorrência da escola estar inserida em um modelo neoliberal que segrega outras formas de educação por não apresentar resultados que priorizem o mercado, o consumo e a individualidade comercial. Em consequência, deixa-se de valorizar aspectos importantes dos sujeitos em favor de interesses políticos e econômicos. No entanto, há que se contrapor a esse controle social e traçar uma trajetória que não fragmente o corpo, que valorize a afetividade, compreendendo que a aprendizagem se faz pelo corpo em todas as suas experiências com o outro.

Para Merleau-Ponty (2006), as primeiras relações com o outro acontecem muito precocemente: desde crianças com as manifestações de ouvir as vozes de outros, os olhares, os sorrisos. Pontuamos, neste sentido, um corpo visto e um corpo sentido. Outro aspecto a ser considerado nesta relação se manifesta pela imitação, cuja realização de gestos se dá conforme a imagem que se vê. Logo, traduzimos em uma linguagem motora. A criança percebe o corpo do outro e sente nele as mesmas intenções e vice-versa: isto é estabelecer uma relação de significante e significado. A relação com o outro, assim, passa primeiramente pela relação consigo próprio.

Na defesa de uma psicologia da criança, Merleau-Ponty (2006) traz alguns aspectos que acreditamos ser importantes

para pensar em uma educação inclusiva: primeiro que não se deve congelar a “condição de infância” numa mentalidade infantil, nem considerar a criança como um não-participante da vida humana; e segundo, não retirar o adulto da educação, pois até nas relações de conflito há um valor formador. Da mesma forma, não dá para congelar a pessoa com deficiência como incapaz, nem como não-participante da vida humana, como se o conhecimento que produz fosse inferior.

A pessoa com deficiência vai aprender de acordo com as experiências que for oferecida a ela, e o adulto é essencial nesse processo. Um terceiro aspecto, ainda, é a maneira de introduzir a criança na herança cultural, tendo em vista que

os alunos aprendem imitando os modos de falar e pensar do professor. Portanto, não ingressam na herança cultural apenas por meio da inteligência, mas também por meios quase dramáticos de imitação do adulto (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 466).

Desse modo, cada um vai aprender da sua maneira, considerando suas experiências de vida.

Outro ponto importante destacado pelo autor é a crítica aos métodos que buscam somente a avaliação estatística dos fatos. Afirma que

é preciso captar a totalidade do devir da criança, reconstituir o desenvolvimento dinâmico, e não arrojar certo número de desempenhos em que a criança tem ou não sucesso em dado momento (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 481).

Esses elementos também devem ser pensados acerca das pessoas com deficiência, pois são elas as principais crianças

afetadas pela padronização de modelos e habilidade impostas pela escola.

O autor vai além quando aponta que esses métodos, com seus modos pré-científicos de pensar a inteligência, dividem as pessoas em “sadias” e “doentes”. Ele defende que “é preciso reconstruir a sintomatologia propondo ao organismo estímulos mais preciosos que os do senso comum. Só há verdade a partir do momento em que se atinge o centro da personalidade” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 481).

Tratando-se de desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento da criança, a figura que mais se faz presente, depois da família, é a figura do professor, e este não pode e não deve ser visto como o veículo de transmissão de conhecimentos. Estamos falando de uma relação mediada nesse processo, cuja ferramenta cognitiva está alicerçada na afetividade. O papel do professor é fundamental nessa interação aluno-professor-aluno, constituindo-se nas relações destes sujeitos e sua interação com o mundo, ampliando seu legado de experiências e vivências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que é possível olhar para a pessoa com deficiência a partir de suas possibilidades enquanto corpo que aprende na relação com o outro e na afetividade. Conhecer clinicamente as características das deficiências pode ser necessário em algumas situações, mas não é este o conhecimento que vai oportunizar a aprendizagem do aluno, pois, conforme Merleau-Ponty (2006, p. 478), “é preciso reconhecer a ambiguidade e o polimorfismo da consciência infantil”, assim como é preciso reconhecer o polimorfismo das deficiências.

Mesmo que duas crianças da mesma idade, classe social, raça e gênero, entre outras características semelhantes, tenham a mesma deficiência, suas percepções, aprendizagens e atitudes em relação ao mundo não serão iguais. A percepção e o conhecimento, para tal autor, “subjaz uma função mais profunda, que está em relação estreita com a afetividade” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 300).

Diante do exposto, é preciso, então, oportunizar possibilidades de aprendizagem aos alunos, independentemente de qualquer dificuldade que apresentem, visto que é na relação com o outro, com o mundo ao seu redor, que o corpo aprende. Faz-se necessário, também, desmistificar que os alunos com deficiências não aprendem e são os responsáveis por tumultuar as aulas, como se as crianças sem deficiência seguissem rigorosamente todas as normas estabelecidas e aprendessem somente se estiverem imóveis.

Essas concepções atreladas à deficiência não contribuem em nada com a inclusão e vão se consolidando nas escolas, reforçando o olhar estigmatizado e aumentando a rejeição da comunidade escolar. De acordo com Magalhães e Ruiz (2011), ao estigmatizar os alunos, todas as suas atitudes serão julgadas a partir dessa “marca”.

O estigma diz respeito, ainda, ao modo depreciativo de avaliar as diferenças ou características da pessoa. Muitas vezes, as avaliações depreciativas são mais difíceis para a pessoa com deficiência do que as possíveis dificuldades provenientes de seu estado, porque influenciam sobremaneira as atitudes e ações direcionadas a esta pessoa. O aprendizado do estigma representa parte integrante da construção da identidade do estigmatizado (MAGALHÃES; RUIZ, 2011, p.131)

Em conformidade com essa discussão de construção de identidade do estigmatizado, Diniz (2007) aponta que a deficiência se estabelece não pela limitação de um corpo deficiente, mas como resultado da discriminação social e da opressão, que segrega e incapacita pessoas com expressões corporais diferentes. Segundo Merleau-Ponty (2006, p.88),

a história individual não é a única determinante da atividade social. [...] A história intra-individual (a aprendizagem das regras sociais pelo indivíduo) e o drama histórico-social desempenham papel importante na formação do indivíduo.

Admitir essa influência de fatores coletivos na construção da identidade é essencial, portanto, para repensar as relações estabelecidas entre os sujeitos nas escolas.

Deste modo, é preciso construir na escola caminhos que rompam com essa construção identitária. Para Goffman (1988, p. 13), o estigma está ligado “a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos”.

Considerando esse sujeito integral, seja o corpo com deficiência, seja em seu sentido factual “eficiente”, é substancial,

na cognição e na afetividade, a formação desse sujeito – não podendo o corpo jamais ser separado do sujeito pensante, que, mesmo antes do primeiro suspiro, está em construção e formação.

Por fim, a educação deve contribuir no desenvolvimento integral da criança em todos os seus aspectos, seja físico, seja emocional, seja cognitivo, seja linguístico, seja social, seja afetivo, com vistas à colaboração deste processo de modo significativo. Sob essa ótica, devemos valorizar a aprendizagem da criança com deficiência, assim como as demais sem deficiência, independentemente de sua condição de vida. Aquela não deve ficar às margens do processo de desenvolvimento desta. O seu corpo produz sentidos e significados a partir da afetividade e isso precisa ser estimulado pelo educador.

A conquista de uma educação inclusiva não passa apenas pela responsabilidade do professor, envolve muitos outros sujeitos e estruturas políticas, que podem contribuir ou não nesse processo. Todavia, o educador tem um papel fundamental na aprendizagem da criança, tendo em vista que é considerado um personagem parental e “a relação parental é o veículo de todas as relações com o mundo, e é no interior dessa relação que se manifestam as relações sociais” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 376).

Compreender estas demandas é desenvolver não só um olhar de afeto, como também uma escuta de afeto. Escutar o que nos dizem os corpos com a marca da deficiência é um compromisso que temos de assumir como pessoas no mundo, sejamos docentes, sejamos gestores, sejamos pais. A relação com o outro deve ser construída respeitando as diferenças e ampliando um olhar mais sensível diante dessas diferenças. Aprender e ensinar são atos de coragem, são ações desafiadoras e cabe a nós fazermos este enfrentamento em nosso cotidiano.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 3.956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-2, 9 out. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/10/2001&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>. Acesso em: 30 jun. 2018.

65

CARMO, A. A. **Deficiência física: a sociedade brasileira cria, “recupera” e discrimina**. 1989. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1989. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253096>. Acesso em: 30 jun. 2018.

CHICON, J. F.; RODRIGUES, G. M. (org.) **Ação profissional e inclusão: implicações nas práticas pedagógicas em educação física**. Vitória: EDUFES, 2017.

CORBIN, A.; VIGARELLO, G.; COURTINE, J. (org.). **História do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2008. 3v.

DE MARCO, A. Educação física ou educação motora? *In*: DE MARCO, A. (org.). **Pensando a educação motora**. Campinas: Papirus, 1995.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

GAIO, R.; PORTO, E. Educação Física e pedagogia do movimento: possibilidades do corpo em diálogo com as diferenças. *In*: DE MARCO, A. (org.). **Educação Física: cultura e sociedade**. Campinas: Papyrus, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LEITE, S. A. S. **Afetividade e práticas pedagógicas**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

LIMA, S. R.; VIEIRA, L. P. Formação inicial em educação física e inclusão escolar de alunos com deficiência. *In*: CHICON, J. F.; RODRIGUES, G. M. (org.) **Ação profissional e inclusão: implicações nas práticas pedagógicas em educação física**. Vitória: EDUFES, 2017. p. 47-77.

MAGALHÃES, R. C. B. P.; RUIZ, E. M. Estigma e currículo oculto. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.17, p.125-142, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbee/v17nsp1/10.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

MANTOAN, M.T. E. O direito de ser, sendo diferente, na escola. *In*: RODRIGUES, David (org.). **Inclusão e educação: doze olhares sobre a educação inclusiva**. São Paulo: Summus, 2006.

MARTINS, L. A. R; SILVA, L. G. S (org.). **Múltiplos olhares sobre a inclusão**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2009.

MERLEAU-PONTY, M. **Psicologia e pedagogia da criança**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

NÓBREGA, T. P. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 13, n. 2, p. 141-148, ago. 2008.

NÓBREGA, T. P. **Corporeidade e Educação Física**: do corpo-objeto o corpo-sujeito. 3. ed. Natal: Edufrn, 2009.

SOUSA, R. G.; BASTOS, S. N. D. Discursos epistemológicos de afetividade como princípios de racionalidade para a educação científica e matemática. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte, v.13, n. 3, p. 169-184, set./dez, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epec/v13n3/1983-2117-epec-13-03-00169.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**: (Conferência de Jomtien – 1990). Tailândia, 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-mundial-sobre-educacao-para-todos-conferencia-de-jomtien-1990>. Acesso em: 30 jun. 2018.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**: sobre princípios, política e prática para as necessidades educativas especiais. [Brasília: CORDE, 1994]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

WALLON, H. **A evolução Psicológica da criança**. Tradução de Ana Maria Bessa. Fontes: São Paulo, 1968.

WINOGRAD, M.; MENDES, L. C. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 211-223, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v11n2/v11n2a15.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

Novas profissões na área da saúde e suas relações com as políticas e programas do Ministério da Saúde*

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

Dyego Leandro Bezerra de Souza | dysouz@yahoo.com.br

Dr. em Ciências da Saúde; prof. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN; docente do Mestrado em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde/UFRN

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes | tameca@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva; sanitarista da UFRN e pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

* Este capítulo teve origem no projeto *Novas profissões e ocupações em saúde frente às necessidades dos serviços de saúde no Brasil*, desenvolvido com apoio do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde. O estudo foi desenvolvido em parceria com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESB/UnB.

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços e possui características comuns ao processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo em que tem características específicas. Geralmente, o trabalho é feito em equipe e, em sua essência, é coletivo, de forma que seu desenvolvimento ocorre principalmente a partir da presença de diversas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o que implica uma articulação entre as diferentes formações técnico-científicas e as experiências sociais e de trabalho.

O mundo do trabalho em saúde sofreu, nas últimas décadas, importantes mudanças que afetaram tanto a organização e as condições de trabalho quanto as relações trabalhistas. Dentre as mudanças ocorridas nos processos de trabalho na área de saúde, destacam-se as mudanças no mercado de trabalho e nas relações de trabalho, como a terceirização dos trabalhadores, a privatização e precarização nas formas de contratação. Paralelo a essas mudanças, emergiram novas exigências para a formação das várias profissões da área de saúde (MARSIGLIA, 2013).

No Brasil, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) acarretou diversas alterações do trabalho em saúde, visto que implicou mudanças significativas para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, como uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde. Destacam-se como tendências nesse processo: expansão da capacidade instalada; municipalização dos empregos; ambu-

latorização dos atendimentos; maior qualificação da equipe; feminização da força de trabalho; flexibilidade dos vínculos, entre outras (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Diante das novas exigências do mercado de trabalho, têm surgido novas e emergentes profissões na área da saúde no Brasil e, paralelo a isso, movimentos de reconhecimento de novas profissões (GIRARDI, 2002). Observa-se, no Congresso Nacional, a existência de vários projetos de lei que tratam da regulamentação de profissões da área da saúde, proposições que visam disciplinar o exercício de profissões já existentes e sugerem a criação de novas ocupações.

As demandas por regulação no Brasil são provenientes de diversas fontes: o público, gestores de serviços de saúde, autoridades governamentais, profissionais de saúde e grupos ocupacionais, muitas vezes, representando interesses contrários. O público luta para que sua opinião seja devidamente representada no processo de regulamentação; gestores reivindicam um sistema mais flexível, que lhes permita combinar apropriadamente habilidades e competências multiprofissionais; enquanto que profissionais de saúde e grupos ocupacionais buscam expandir o direito exclusivo ou quase exclusivo do campo profissional e reconhecimento social (DAL POZ; PIERANTIONI; GIRARDI, 2013).

Considerando a complexidade da discussão sobre a regulamentação das profissões, a existência de lacunas no que se refere a estudos abordando o tema, o surgimento de novas ocupações no cenário nacional e as necessidades de saúde da população, o objetivo deste trabalho é analisar de que forma as ocupações surgidas no século XXI, na área da saúde, cujo processo de regulamentação tramita no Congresso Nacional, estão respaldadas pelas políticas, programas ou outros documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo documental que analisa a inserção de novas profissões da saúde nas políticas e programas, bem como em documentos oficiais do Ministério da Saúde. Este trabalho faz parte da pesquisa *Novas profissões e ocupações em saúde frente às necessidades dos serviços de saúde no Brasil*, desenvolvida pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em parceria com Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade de Brasília, no período de março a dezembro de 2016, financiada pelo Ministério da Saúde.

As pesquisas documentais são aquelas nas quais os dados obtidos são oriundos exclusivamente de documentos, que podem ser impressos, gravados, filmados ou virtualmente expostos, buscando extrair informações neles contidos com a finalidade de compreender um fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

Inicialmente, foi realizado um levantamento das políticas e programas de saúde do Brasil, de 1995 a 2016, nos sites: Portal da Saúde, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e Portal do Departamento da Atenção Básica – todos sites oficiais do Ministério da Saúde. Esses dados foram levantados no período de 19 de fevereiro a 04 de abril de 2016 e a pesquisa realizada do período de março a dezembro de 2016 (BRASIL, [c2013-2020]; BRASIL, [2001]; BRASIL, [200-]).

Todos os documentos encontrados sobre as políticas e programas foram arquivados em pastas digitais ao mesmo tempo em que se prosseguia com a coleta. Foram excluídos os documentos referentes a uma mesma política existente em mais de um ano, sendo considerado o documento mais atual.

Em um segundo momento, a partir dos nomes das novas profissões, buscou-se verificar se havia mais algum documento oficial, portarias, por exemplo, do Ministério da Saúde que se referissem às profissões/ocupações estudadas, além das políticas e programas.

As leituras e fichamentos tiveram papel central nessa fase da pesquisa. Para cada documento encontrado, foi criada uma ficha de leitura contendo a referência bibliográfica da publicação, um resumo e transcrições de trechos que poderiam ser utilizados posteriormente. Para a organização dos dados, foram criados dois quadros. O primeiro, com as novas ocupações incluídas no estudo e informações sobre todo o material obtido, seguindo a cronologia das publicações. O segundo, um quadro com todas as políticas e programas criados pelo Ministério da Saúde entre 1995 e 2016 e as respectivas ocupações relacionadas, também seguindo uma ordem cronológica.

Foram incluídas no estudo as novas profissões/ocupações da saúde que possuíam projetos de lei tramitando no Congresso Nacional entre 1^o de janeiro de 2001 a 31 de março de 2016. A relação dessas profissões foi obtida no banco de dados da pesquisa *Novas profissões e ocupações em saúde frente às necessidades dos serviços de saúde no Brasil*, já referida anteriormente.

As ocupações incluídas no presente estudo foram: Terapeuta em Dependências Químicas; Operadores de Contas da Saúde; Osteopata; Arteterapeuta; Gestor de Serviços de Saúde; Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos; Atendente Pessoal de Pessoa com Deficiência; Parteira tradicional; Quiropraxista; Técnico em Nutrição e Dietética; Cuidador de pessoa idosa; Naturólogo; Técnico e Tecnólogo em Radiologia e Bacharel em Ciências Radiológicas; Auxiliar de Farmácias e Drogarias; Motorista de Ambulância; Optometrista; Psico-

pedagogo; Conselheiro em Dependência Química; Terapeuta Ocupacional; Terapeuta Naturista; Perfusão Cardiocirculatória e Respiratória; Instrumentador; Ortopista; Podólogo; Protésista/Ortesista; Agente Social de Saúde e Meio Ambiente; Psicanalista; Acupunturista; Psicomotricista; Técnico em Gasoterapia; Técnico em Óptica; Massagista; Musicoterapeuta; Esteticista e Cosmetologista; Técnico de Estética e de Terapeuta Esteticista e Trabalhadores na área de Estética e Higiene.

Todas as políticas e programas criados pelo Ministério da Saúde do Brasil, desde 1995 até 31 de março de 2016, foram incluídos e revisados integralmente para identificar possíveis relações com as novas ocupações estudadas. Após leitura criteriosa dos documentos, com o objetivo de sistematizar os resultados, as novas ocupações foram incluídas em três grandes grupos: (1) ocupações mencionadas diretamente nas políticas e/ou programas; (2) ocupações indiretamente relacionadas às políticas e/ou programas e (3) ocupações sem nenhuma relação prevista nas políticas/ou programas. A classificação nos três grupos foi realizada por dois avaliadores de forma independente e, em caso de desacordo, um terceiro avaliador fez a leitura dos textos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por políticas e programas resultou em 57 documentos referentes a Políticas de Saúde e 36 referentes a programas do Ministério da Saúde de 1995 a 2016. Após leitura na íntegra dos documentos encontrados, observou-se que 26 documentos oficiais davam respaldo às novas profissões que buscam regulamentação no Congresso Nacional, sendo dezesseis políticas e quatro programas do Ministério da Saúde, conforme se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1 - Documentos oficiais do Ministério da Saúde x Novas Profissões que buscam regulamentação no Congresso Nacional

Nº	ANO	DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	OCUPAÇÕES/PROFISSÕES
01	2003	Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas	Terapeuta em Dependências Químicas*, Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos*, Conselheiro em Dependência Química*
02	2002	Política de Recursos Humanos de Saúde	
03	2004	Política Nacional de Humanização	
04	2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	Gestor de Serviços de Saúde
05	2009	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	
06	2004	Política Nacional de Humanização	
07	2004	Programa de Humanização no Pré-natal	
08	2010	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais	Parteira tradicional
09	2015	Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015	
10	2004	Programa de Farmácia Popular	Auxiliar de Farmácias e Drogarias*
11	2006	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Naturólogo e Terapeuta Naturalista*
12	2006	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	Acupunturista, Naturólogo*, Terapeuta Naturalista*, Massagista/Massoterapia
13	2006	Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006	Agente Social, de Saúde e de Meio Ambiente – ACS
14	2010	Política Nacional de Promoção da Saúde	
15	2006	Caderno de Atenção Básica – Diabetes Mellitus	Podólogo
16	2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Cuidador de Pessoa Idosa

17	2008	Política Nacional de Regulação do Sistema Único De Saúde – SUS	Operadores de Contas de Saúde*
18	2008	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPA-SUS	
19	2008	Portaria nº 3.128 de 2008	Ortesista/Protesista*, Atendente Pessoal de Pessoa com Deficiência,
20	2010	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Técnico em Óptica, Ortopista, Optometrista*, Terapeuta Ocupacional
21	2011	Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Técnico em Nutrição e Dietética*
22	2009	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde	Técnico e Tecnólogo em Radiologia
23	2011	Política Nacional de Atenção às Urgências	Motorista de Ambulância, Bacharel em Ciências Radiológicas*, Técnico e Tecnólogo em Radiologia
24	2012	Política Nacional de Atenção Básica	Agente Social, de Saúde e de Meio Ambiente – ACS
25	2012	Portaria nº 855, de 22 de agosto de 2012	Psicanalista
26	2014	Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014	Instrumentador
27		Inexistente	Psicopedagogo, Psicomotricista, Técnico de Estética e de Terapeuta Esteticista, Trabalhadores na Área de Estética e Higiene, Esteticista e Cosmetologista, Musicoterapeuta, Arteterapeuta, Quiropraxista, Osteopata, Técnico em Gasoterapia, Perfusão Cardiocirculatória e Respiratória.

Quanto aos projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional, de uma totalidade de 36 projetos, 25 estão respaldados por documentos oficiais do Ministério da Saúde, conforme se pode observar no Quadro 2. Sendo que catorze há profissões/ocupações mencionadas diretamente nas políticas e/ou programas, dessas, onze se relacionam indiretamente e, para onze projetos, não se encontrou relação prevista nas políticas e/ou programas do Ministério da Saúde.

Quadro 2 - Relação das Profissões/Ocupações com as Políticas e Programas do Ministério da Saúde

OCUPAÇÕES MENCIONADAS DIRETAMENTE NAS POLÍTICAS E/OU PROGRAMAS	OCUPAÇÕES INDIRETAMENTE RELACIONADAS ÀS POLÍTICAS E/OU PROGRAMAS	OCUPAÇÕES SEM NENHUMA RELAÇÃO PREVISTA NAS POLÍTICAS/OU PROGRAMAS
Massagista	Podólogo	Psicopedagogo
Gestor de Serviços de Saúde	Técnico em Reabilitação de Dependentes	Psicomotricista
Técnico e Tecnólogo em Radiologia e	Químicos	Técnico de Estética e de
Bacharel em Ciências Radiológicas	Auxiliar de Farmácias e Drogarias	Terapeuta Esteticista
Terapeuta Ocupacional	Naturólogo	Trabalhadores na área de Estética e Higiene
Psicanalista	Terapeuta Naturista	Esteticista e
Cuidador de Pessoa Idosa	Protesista/Ortesista	Cosmetologista
Acupunturista	Optometrista	Musicoterapeuta
Atendente Pessoal de Pessoa com Deficiência	Técnico em Nutrição e Dietética	Arteterapeuta
Técnico em Óptica	Operadores de Contas da Saúde	Quiropraxista
Ortopista	Terapeuta em Dependências Químicas	Osteopata
Parteira Tradicional	Conselheiro em Dependência Química	Técnico em Gasoterapia
Motorista de Ambulância		Perfusão
Agente Social de Saúde e Meio Ambiente		Cardiocirculatória e Respiratória
Instrumentador		

Fonte: Autores

Vários fatores têm impacto direto sobre as necessidades de recursos humanos pelos sistemas de saúde, dentre eles a globalização, o envelhecimento da população, novas expectativas dos consumidores, a implementação de novos modelos de atenção, bem como a introdução de novas tecnologias e mudanças do perfil epidemiológico (DAL POZ; PIERANTIONI; GIRARDI, 2013). Uma peculiaridade da área da saúde é o uso intenso e diversificado de mão-de-obra, o que faz com que o setor absorva rapidamente as transformações do mercado de trabalho em geral (DAL POZ, 2013).

No setor da saúde, há um grande número de profissões e especialidades, além das profissões não regulamentadas. No Brasil, existem 21 profissões e ocupações de saúde regulamentadas, sendo catorze de nível superior e sete de nível técnico, estas supervisionadas por profissões de nível superior (LISTAGEM..., 2002). As profissões regulamentadas são regidas por uma legislação própria, que contém a exigência quanto à formação do profissional que poderá exercê-la e outros quesitos, como direitos e deveres durante o exercício profissional.

A Constituição Federal diz, em Art.5º, inciso XIII, que “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” (BRASIL, 1988). No Brasil, o processo de regulamentação de profissões deve ser feito por meio de lei de iniciativa do Congresso Nacional, sendo recomendado pelo Ministério do Trabalho e Emprego que haja o reconhecimento da ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (NOZOE; BIANCHI; RONDET, 2003). O exercício da profissão deve ser vinculado ao interesse público e, para ser regulamentado, deve haver condições para a fiscalização do exercício profissional.

Cabe aos Conselhos Profissionais, com base em legislação específica que regulamenta o exercício profissional das dife-

rentes áreas, estabelecer os mecanismos e requisitos capazes de assegurar o exercício eficaz da profissão, garantindo à sociedade um profissional com o adequado perfil técnico e ético. Os conselhos objetivam zelar pela integridade e disciplina das diversas profissões, disciplinando e fiscalizando, não só sob o aspecto normativo, mas também punitivo, o exercício das profissões regulamentadas (BRASIL, 2014e).

É possível identificar uma dualidade nas reivindicações por regulação das profissões de saúde, que vão de minorias profissionais, como optométricos e parteiras, que lutam por reconhecimento público e social, até demandas para expandir os privilégios monopolísticos de profissões já estabilizadas e autorreguladas, as quais reivindicam expansão de seus direitos a campos profissionais exclusivos (DAL POZ; PIERANTIONI; GIRARDI, 2013).

A regulação abrange um amplo espectro de políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais visando, além do controle, a prevenção ou atenuação de suas consequências para a comunidade. Corresponde, portanto, a uma intervenção pública sobre a soberania dos mercados (GIRARDI, 2002).

Observam-se, atualmente, diversas demandas por reconhecimento profissional, como as propostas de criação de novas ocupações que buscam se inserir na atenção à saúde da população, como Musicoterapia e Arteterapia. Existem também as profissões já exercidas há certo tempo na área da saúde, as quais buscam reconhecimento e regularização junto ao Congresso Nacional, como as parteiras, respaldadas pelo “Programa de Humanização no Pré-natal” (BRASIL, 2002a), “Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais” (BRASIL, 2010) e “Política Nacional de Humanização” (BRASIL, [2003]). Destacam-se também os motoristas de ambulância, citados na “Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2006a).

Como principais determinantes que conduzem as novas exigências para regulamentação profissional, pode-se citar: a democratização do Brasil, que tem permitido o surgimento de novos grupos profissionais; a população, que também reivindica participação em assuntos da esfera profissional; avanços tecnológicos, que demandam por trabalhos interdisciplinares e multidisciplinares, e desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados à saúde, como a Estratégia Saúde da Família (DAL POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

A Estratégia Saúde da Família determinou novas formas de prestação do cuidado com o trabalho em equipes multiprofissionais. A estruturação do trabalho em equipe transforma as unidades básicas de saúde em uma unidade produtora de cuidados, que precisa de novas formas de mobilização do coletivo para superar o isolamento das práticas dos distintos profissionais e concorrer para sua integração, na busca pela integralidade de atenção à saúde (PEREIRA; IVERA; ARTMANN, 2013).

No Brasil, uma ocupação que busca regulamentar sua profissão e está respaldada pela “Política Nacional de Atenção Básica” é a do agente social, de saúde e de meio ambiente, também citada na “Política Nacional de Promoção de Saúde” (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014b). O agente comunitário de saúde é um dos profissionais que integra a equipe multiprofissional das equipes de Estratégia Saúde da Família.

Um estudo, que buscou refletir sobre quais lógicas e interesses disputam os processos de definição normativa do campo de atuação dos profissionais de saúde na elaboração de atos corporativos, destacou a importância de se avançar para uma normatização centrada no cuidado e defensora da vida, de forma a responsabilizar pelos atos de saúde a equipe de saúde, sem reforçar a ideia de que as ações e responsabilidades são individuais (CAVALCANTE FILHO, 2009).

Algumas das profissões que buscam regulamentação já são exercidas na área enquanto especialidade como, por exemplo, o Instrumentador Cirúrgico, que foi citado na Portaria nº 189 do Ministério da Saúde, especialidade da área da Enfermagem, bem como Perfusão Cardiocirculatória e Respiratória, atualmente, também considerada uma especialidade da área citada (BRASIL, 2014a).

A Psicopedagogia, profissão relacionada às áreas da Educação e Saúde, busca sua regulamentação com abertura também na área da saúde, de forma a garantir atuação nas especificidades tangentes à Qualidade da Humanização Hospitalar em Setores Infantis e à Preservação de Incapacidade e Proteção à Independência de Idosos. Esta profissão não é citada nas Políticas e Programas do Ministério da Saúde.

Em relação à ocupação de Podologia, não foi encontrada nenhuma política ou programa que mencione esta ocupação. No entanto, o Caderno da Atenção Básica que fala de diabetes cita a importância desse profissional no cuidado dos pés dos diabéticos (BRASIL, 2014c).

Para a ocupação de Gestor de Serviços de Saúde, existem vários documentos do Ministério da Saúde que citam gestão/gestores: “Política Nacional de Humanização” (BRASIL, [2003]), “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS” (BRASIL, 2009), “Pacto pela vida em defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006b), “Política de Recursos Humanos de Saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS” (BRASIL, 2002b). Percebeu-se que essa ocupação é apresentada nos documentos como uma função ou um cargo.

Dentre as políticas de saúde do Ministério da Saúde, a que se relaciona com um maior número de novas ocupações que buscam regulamentação é a “Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares”, a qual respalda as seguintes profissões/ocupações: Acupunturista, Naturólogo e Terapeuta Naturalista e Massagista/Massoterapia (BRASIL, 2006c). Estudos mostram um aumento da qualidade de vida dos pacientes que têm acesso às práticas integrativas e complementares, demonstrando seu êxito nas fragilidades deixadas no campo da saúde pelo paradigma anterior, que é um modelo de saúde pública tradicional centrado apenas no biológico do processo saúde-doença, com predomínio da superespecialização e grande divisibilidade (RANGEL; MIRANDA; OLIVEIRA, 2016).

Destaca-se o fato de que algumas ocupações, que reivindicam junto ao Congresso Nacional, são de diferentes níveis de escolaridade – sejam eles de nível técnico, sejam de nível de graduação, sejam de nível de pós-graduação – como, por exemplo, os Operadores de Contas de Saúde, mencionados na “Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde” e “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS”, e o Gestor de Serviços de Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observa-se que algumas das ocupações que reivindicam a regulamentação como profissões, junto ao Congresso Nacional, não têm respaldo nas políticas e programas do Ministério da Saúde, o que não diminui, necessariamente, a importância delas no cotidiano da área da saúde. Nesse cenário, é preciso também considerar a existência de interesses mercadológicos de centros de formação e de algumas categorias profissionais, os quais não devem se sobrepor às reais necessidades do Sistema Único de Saúde.

Quanto às limitações do estudo, houve dificuldades relativas ao levantamento da totalidade de políticas e programas de saúde no Brasil, devido ao fato de o Ministério da Saúde não disponibilizar todas as informações pesquisadas em uma única página da internet, bem como mecanismos de filtro para localização dessas informações, exigindo a realização de buscas de forma exaustiva nas várias páginas eletrônicas dos portais já mencionados.

Diante dos resultados desta pesquisa, sugere-se que os debates sobre quais são as ocupações realmente necessárias às necessidades da população e ao Sistema Único de Saúde seja ampliado envolvendo os atores que caracterizam o quadrilátero da política de educação permanente, ou seja, trabalhadores, gestores, controle social e as instituições formadoras.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 27 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde (BVS MS)**. [Brasília, DF: Ministério da Saúde], [2001]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Rede Humaniza SUS, [2003]. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [c2013-2020]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [200-]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 4 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do

Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 23, p. 31- 2, 3 fev. 2014a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/02/2014&jornal=1&pagina=31&totalArquivos=80>. Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 68-70, 13 nov. 2014b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/11/2014&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=212>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 20 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização no parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Política de Recursos Humanos de Saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS**. [Brasília, DF: Ministério da Saúde], 2002b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rhsus_pol_rec.pdf. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para os Conselhos de Fiscalização das Atividades Profissionais**. Brasília: Secretaria Geral da Presidência, 2014e. Disponível em: https://corenpr.gov.br/portal/images/lai/TCU_Orientacao_Consehos_Fiscalizacao_Atividades_Profissionais.pdf. Acesso em: 10 jun. 2016.

CAVALCANTE FILHO, J. B. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 214-220, 2009.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out.

2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a02v29n10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 187-233. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GIRARDI, S. N. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Rev. Latino Americana de Estudios del Trabajo**, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0847.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

87

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L.; Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista Investigaciones**, v.14, n. 2, p.55-73, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_consideracoes_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentary_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research. Acesso em: 27 mar. 2016.

LISTAGEM das profissões regulamentadas: normas regulamentadoras. *In: BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002. Disponível em: <http://www.mte.cbo.gov.br/cbosite/pages/regulamentacao.jsf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. *In*: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011. p. 103-116.

MARSIGLIA, R. M. G. Temas emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/ Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32-43, jan./mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/05.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

NOZOE, N.; BIANCHI, A. M.; RONDET, A. C. A. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 234-246, dec. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240972971_A_nova_classificacao_brasileira_de_ocupacoes_anotacoes_de_uma_pesquisa_empirica. Acesso em: 27 mar. 2016.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

RANGEL, Clara Tavares; MIRANDA, Francisco Arnoudo Nunes de; OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte de. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. **J. res.: fundam. care.** (online), v. 8, n. 1, p. 3770-3779, jan./mar. 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3997/pdf_1788. Acesso em: 27 mar. 2016.

Construção de competências dos profissionais da atenção básica de saúde: proposta conceitual e metodológica*

Cláudia Maria da Silva Marques |

claudiamariamarques@gmail.com

Mestre em Enfermagem em Saúde Pública; pesquisadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília

Ana Estela Haddad | aehaddad@usp.br

Dra. em Ciências Odontológicas; profa. da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Marina Peduzzi | marinape@usp.br

Dra. em Saúde Coletiva; profa. da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

* O capítulo apresentado teve origem no projeto *Dimensionamento de pessoal e caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para a prática colaborativa*, desenvolvido com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Carta Acordo OPAS/BR/LOA 1400084.001) e Ministério da Saúde, no período de 28/01/2015 a 27/01/2017. O estudo foi desenvolvido em parceria com a participação de três Estações de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde e do Ministério da Saúde: Estação do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Recursos Humanos de Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estação FOUSP-ABENO do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Estação do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Valeria Marli Leonello | valeria.leonello@usp.com
Dra. em Enfermagem; profa. da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva |
jaqueline.alc@gmail.com
Dra. Gerenciamento em Enfermagem; profa do Departamento de
Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos

Maria Luiza Anselmi | maluanselmi123@gmail.com
Dra. em Enfermagem; profa. da Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo

Luzia da Silva | luziadasilva77@gmail.com
Profa. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

Alessandra Reyes | alereyes@fho.edu.br
Dra. em Ciências Odontológicas, profa do Curso de Odontologia da
Fundação Hermínio Ometto (FHO-Uniararas)

Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani |
anaccgg@gmail.com
Dra. em Patologia; profa. do Departamento de Medicina Preventiva
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O artigo apresenta referencial teórico-metodológico desenvolvido em estudo¹ sobre ações e competências dos profissionais de saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), na Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da prática interprofissional colaborativa (CAAE: 45956515.4.0000.5392, Número do parecer: 1.122.828).

Considera-se a tendência mundial de mudança das práticas de saúde e da formação de profissionais do modelo uniprofissional para o interprofissional, com a finalidade de melhorar acesso e qualidade da atenção à saúde (WHO, 2010; REEVES *et al.*, 2017).

A prática interprofissional ocorre quando pelo menos dois profissionais de diferentes áreas transitam entre áreas específicas de formação, articulando seu saber específico com outros no ambiente de trabalho, com o propósito de colaborar para o desenvolvimento do cuidado em saúde (WHO, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2013; REEVES *et al.*, 2017).

A colaboração é compreendida como processo em que diferentes profissionais trabalham juntos para produzir o melhor resultado no cuidado ao usuário, mantendo as especificidades de cada área e algum grau de autonomia (WHO,

1 Projeto: Dimensionamento de pessoal e caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para a prática colaborativa, desenvolvido com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Carta Acordo OPAS/BR/LOA 1400084.001) e Ministério da Saúde, no período de 28/01/2015 a 27/01/2017.

2010; D'AMOUR *et al.*, 2008). Além disso, a colaboração é necessária não somente entre os profissionais das equipes, mas também entre as diversas equipes de um mesmo serviço e de diferentes serviços e setores para consolidar a rede de atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Há estudos que mostram evidências do impacto da prática colaborativa interprofissional na qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação dos usuários, satisfação no ambiente de trabalho (CARTER; BOSWORTH; GREEN, 2012; DEEN; FORTNEY; PYNE, 2011; ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009; PROUDFOOT *et al.*, 2007), adesão à novos protocolos clínicos, fortalecimento das interações profissionais por meio de comportamentos colaborativos e continuidade das ações de cuidado (REEVES *et al.*, 2017).

A prática interprofissional colaborativa está presente especialmente na Atenção Básica que é o nível de atenção mais próximo da população que busca apreensão ampla das necessidades de saúde. No cenário global e nacional, a AB é reconhecida como estratégia para reorganização dos sistemas de saúde, com vistas a atender a complexidade das necessidades de saúde e superar a fragmentação das ações (MENDONÇA *et al.*, 2018).

No Brasil, o SUS prevê que todas as ações estejam baseadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde e que a AB constitua o eixo de comunicação entre os diferentes níveis de atenção. A ESF é tida como modelo prioritário de (re)organização desse nível de atenção, estabelecida por meio de equipes de profissionais de saúde que trabalham juntos em um território com usuários e famílias adscritas (MENDONÇA *et al.*, 2018).

O trabalho em equipe consiste em processo que requer intensa interdependência e articulação quando comparado à

referida colaboração interprofissional (MORGAN; PULLON; MCKINLEY, 2015) visto que envolve construção de objetivos comuns, compartilhamento de valores e responsabilidades e comunicação efetiva (WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Na ESF os profissionais atuam por meio de planejamento, programação e implementação de ações de prevenção de agravos e riscos, promoção e recuperação da saúde, nos domicílios e território; da utilização do acolhimento com escuta qualificada; da atenção integral, contínua e organizada; de ações intersectoriais e do fortalecimento da gestão local (BRASIL, 2017).

As equipes são constituídas por agentes comunitários de saúde, auxiliares e ou técnicos em enfermagem, auxiliares e ou técnicos em saúde bucal, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos, a depender da modalidade de equipe estabelecida em função da realidade epidemiológica, institucional e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

O complexo conjunto de ações a que se refere a ESF, em particular a prática colaborativa interprofissional, inclui várias áreas profissionais da saúde e está ancorada em um amplo leque de ações e competências profissionais que contempla três modalidades: competências comuns (referidas ao campo da saúde e, portanto, a todas as áreas profissionais), competências complementares (específicas de cada área profissional) e competências colaborativas interprofissionais (BARR *et al.*, 2005).

A literatura sobre trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional aponta a necessidade de reconhecimento dos papéis e da atuação específica de cada área, para que, a partir destes, os profissionais possam avançar na colaboração e integração das ações com foco nas necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade (OLENICK; ALLEN; SMEGO, 2010). Com base neste entendimento, o presente estudo apresenta o referencial teórico de competências adotado

e a metodologia utilizada para identificação das ações e competências dos profissionais da equipe da ESF e Saúde Bucal na APS do SUS.

SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIA

Zarifian (2003) entende competência como a capacidade de o sujeito mobilizar conhecimentos, experiências e vivências no sentido de buscar soluções para os problemas que a realidade do trabalho apresenta – e resolvê-los. A escolha, pelo trabalhador, dentre diferentes caminhos a serem seguidos, apoia-se em conhecimentos adquiridos e transformados a partir da diversidade das situações de trabalho vivenciadas. Para esse autor, a competência é balizada pela iniciativa e responsabilidade, pela capacidade de mobilizar redes de atores, de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade. A iniciativa é um componente fundamental para a autonomia, considerando que, para demonstrar iniciativa, o sujeito tem que agir frente a uma situação na sua vida profissional, iniciando alguma coisa para modificar a situação.

Na análise de competências, Zarifian (2001) também considera a inteligência prática das situações, que é desenvolvida pelos trabalhadores com apoio em conhecimentos adquiridos e transformados ao lidar com a diversidade dos eventos da prática cotidiana, e a faculdade de mobilizar redes de atores em torno de situações compartilhadas.

Posteriormente, o autor formula a definição de competência, destacando a noção de evento: “Competência é a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade do indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais” (ZARIFIAN, 2003, p. 139).

Le Boterf (2003) contribui com esse pensamento apontando que a competência se revela mais no *saber-agir* do que no *saber-fazer*, porque ela existe verdadeiramente quando se sabe responder a um acontecimento, um imprevisto. O autor discute a importância da abordagem combinatória para a compreensão da competência, afirmando que cada ação competente é produto de uma combinação de recursos, não podendo ser reduzida a um mero acúmulo de elementos constitutivos. O autor sistematiza a competência como um *saber-agir* com pertinência, saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional, saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos, saber transpor, aprender a aprender e envolver-se (LE BOTERF, 2003).

O autor argumenta que o uso de competências ocorre sempre em contextos: “a competência emerge na junção de um saber e de um contexto. A mobilização das competências deve exercer-se sob dupla imposição: a imposição objetiva, externa, do contexto, e a imposição subjetiva que o sujeito atribui para si” (LE BOTERF, 2003, p. 48).

Também analisa acerca da plasticidade da competência que pode e deve variar em função de mudanças da situação em que intervém. A competência é indissociável da ação. Agir é se comprometer na condução de um curso de ações que deverá ajustar-se à singularidade dos acontecimentos, das circunstâncias, dos atores e das condições de tempo e de lugar. A competência é a capacidade de integrar saberes diversos na realização das ações (LE BOTERF, 2003).

Deluiz (2001a) apresenta reflexão crítica que corrobora com a análise de Le Boterf, argumentando sobre a perspectiva multidimensional da competência, que envolve dimensões que vão do individual ao sociocultural (contextual-organizacional) e processual. Enfatiza que a competência profissional

engloba o individual e uma dimensão balizada por parâmetros socioculturais e históricos relacionada aos contextos, espaços e tempos que envolvem, ainda, dimensões macro socioculturais de classe social, gênero, etnia, grupos geracionais, entre outras. Na perspectiva de Deluiz (2001b, p. 25),

[...] a identificação, definição e construção de competências profissionais não se pauta pelas necessidades e demandas estritas do mercado [...] pois leva em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores.

Ramos (2001, p. 281) analisa os pressupostos da competência para o mundo do trabalho e afirma que estes recebem destaque e

[...] ocorrem pelo fato de os novos processos de produção demandarem do trabalhador não somente conhecimento técnico, mas também, e fundamentalmente, que seus atributos subjetivos sejam postos em jogo na realização das atividades profissionais [...].

A definição de competência apresentada por Zarifian (2003) e Le Boterf (2003) evidenciam suas dimensões histórica e dialética; seu conceito diz respeito, principalmente, a complexidade do trabalho, ao projeto estruturante da reorientação do modelo assistencial e ao novo paradigma sanitário proposto pelo SUS. Significa dizer que o desenvolvimento de competências profissionais não se restringe à perspectiva individualista e de mercado, uma vez que são construídas ao

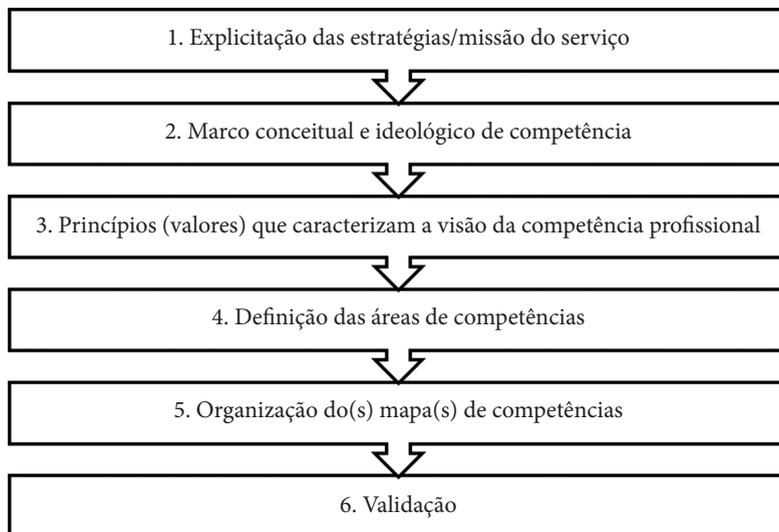
longo da vida profissional, supondo compartilhamento de experiências e práticas coletivas; e ainda, que as competências não se limitam à descrição de tarefas em postos de trabalho.

Zarifian (2001) argumenta que a abordagem das competências condiz com as mudanças do mundo do trabalho ocorridas a partir de meados dos anos 1970 e que requerem iniciativa e antecipação dos problemas nas relações entre trabalhadores e ferramentas, em particular, as apoiadas na microeletrônica, bem como de interação e comunicação entre trabalhadores, destes com gerentes, gestores e usuários dos serviços, de modo que a mera qualificação técnica não mais responderia às necessidades produtivas. O autor parte do processo de trabalho para chegar às competências, no que é acompanhado pelas autoras brasileiras, Deluiz (2001a) e Ramos (2001), que consideram a investigação do processo de trabalho como um dos pilares que sustentam a construção de modelos de competência.

METODOLOGIA PARA IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Para aplicação do modelo de competências, Zarifian (2003) propõe uma metodologia constituída por seis etapas: explicitação das estratégias/missão do serviço; marco conceitual e ideológico de competência; princípios (valores) que caracterizam a visão da competência profissional; definição das áreas de competências; organização do(s) mapa(s) de competências e validação (Figura 1).

Figura 1- Etapas para construção de competências



Fonte: Adaptado de Zarifian (2003)

O desenvolvimento deste estudo foi baseado nessa metodologia e, na presente análise, apresentam-se cada uma das etapas de forma sucinta e, em maior profundidade, a etapa 4 de definição das áreas de competências, visto que esta expressa o leque de domínios de competências que os profissionais de AB devem elaborar e se apropriarem para lançar mão de forma pertinente e apropriada quando as necessidades de saúde trazidas pelos usuários família e população requerem.

No presente estudo, a primeira etapa de explicitação das estratégias e missão do serviço considerou as características da AB no Brasil como referência orientadora para a discussão das competências (BRASIL, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Assim, conforme discute Figueiredo (2012), foram destacados: a organização da AB, que pressupõe um conjunto de ações que buscam operacionalizar o conceito de vigilância

em saúde, articulando conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde; o modelo de atenção, que busca redefinir práticas em saúde e articular as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado; ESF como um modelo que reorganiza a AB e que, articulada aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, busca ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, na perspectiva de ampliar sua resolutividade e capacidade de compartilhar e coordenar o cuidado; o alto grau de descentralização e capilaridade com os quais a AB é desenvolvida, buscando proximidade com a vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde; os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, resolutividade, equidade e participação social, que orientam a organização da AB (FIGUEIREDO, 2012).

Nas segunda e terceira etapas são tomados os pressupostos e o conceito de competência já referidos, ratificando uma de suas características mais marcantes: sua indissociabilidade da ação, dos contextos e das pessoas, constituindo-se na capacidade de mobilizar e articular saberes para a ação. Conforme proposto por Zarifian (2001), considera-se que as atitudes sociais relacionadas à autonomia, responsabilidade e comunicação estão integradas às competências profissionais.

Nesse sentido, no presente estudo, foram assumidos, como princípios/valores que caracterizam a visão da competência profissional, o trabalho em equipe e a prática colaborativa, a interprofissionalidade, a comunicação, a iniciativa, a integralidade e a humanização das relações de trabalho e do cuidado.

A quarta etapa de definição das áreas de competências, que constitui expressão direta das três primeiras etapas, está baseada na concepção de trabalho interprofissional. Nessa etapa, as áreas não são delimitadas por categorias profissionais, são genéricas e provêm da visão institucional, como conjunto.

Neste estudo, as áreas de competências foram ressignificadas em *eixos de práticas*, identificados segundo a lógica do processo de trabalho em saúde, a partir de estudo exploratório apoiado em análise de dados secundários e análise documental (FUGULIN; PEDUZZI, 2017).

Foram identificados oito eixos das práticas de saúde no âmbito da AB, que correspondem à prática das seis categorias que atuam no contexto da ESF com SB (agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico em enfermagem, auxiliar e técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro e médico) (BRASIL, 2017).

Os oito eixos propostos e conceituados a seguir foram estabelecidos a partir da necessidade de reordenar a extensa relação de atividades desempenhadas pelos profissionais na perspectiva do processo de trabalho preconizado, de acordo com os princípios e diretrizes da AB identificadas na pesquisa anterior.

O quadro 1 apresenta os eixos construídos e seus significados, segundo sistematização realizada pelos pesquisadores.

Quadro 1 - Descrição dos eixos das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica e respectivo significado

Eixo da prática	Significado atribuído ao eixo
1. Promoção da saúde	Refere-se a ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Caracterizam-se, fundamentalmente, por uma composição inter e intrasetorial, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc.
2. Prevenção de riscos e agravos à saúde	Define-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Tem por finalidade o controle da transmissão, a vigilância epidemiológica e a redução do risco de doenças transmissíveis, degenerativas ou outros agravos específicos.
3. Recuperação da saúde	Caracteriza-se por ações desenvolvidas pelos profissionais, em contato direto com o usuário assistido, frente a processos de saúde-adoecimento. São desenvolvidas por um ou mais agentes “com” e “pelo” usuário. Inserem-se as ações de avaliação diagnóstica, terapêutica e de reabilitação, bem como procedimentos técnico-operacionais.
4. Gestão do cuidado	Envolve ações de elaboração, acompanhamento e avaliação do plano de cuidado individual e coletivo, segundo linhas de cuidado e a partir da avaliação do contexto socioeconômico e epidemiológico (necessidades e demandas de atenção à saúde do usuário, famílias e comunidade); definição, elaboração e aplicação dos padrões de qualidade e protocolos de atenção e de procedimentos.
5. Gestão do processo de trabalho e do serviço	Propiciam suporte às ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica (ESF) privilegiando uma melhor organização e funcionalidade, segundo redes e linhas de cuidado. Compreende: planejamento estratégico; organização, supervisão e avaliação do processo de trabalho; programação, controle e monitoramento da qualidade dos equipamentos e materiais utilizados no atendimento aos usuários.
6. Documentação	Ações de coleta, registro e notificação de dados; produção de informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho da equipe da unidade (organização e planejamento) e para subsidiar outras instâncias setoriais e intersetoriais; utilizar sistema de informações.

7. Educação Permanente em Saúde	A Educação Permanente em Saúde (EPS) caracteriza-se pelas atividades educativas originadas no processo de trabalho da equipe de saúde, com a finalidade de aperfeiçoar/qualificar o próprio processo de trabalho. Caracteriza-se pela mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores. Incorpora o ensino e o aprendizado cotidiano das práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; considera a prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; coloca os trabalhadores como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação; aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; amplia os espaços educativos fora de sala de aula.
8. Formação e pesquisa	Atividades ligadas à pesquisa que envolvem o desenvolvimento e a aplicação de modelos, metodologias e instrumentos de investigação relativos às ações tanto de cuidado como de gestão, no sentido de viabilizar a compreensão/introdução/apropriação da inovação nos serviços. Atividades de ensino com estudantes de nível técnico, graduação, residência e pós-graduação.

Fonte: Elaborado pelas autoras

Ressalta-se, a seguir, alguns marcos conceituais adotados na definição dos oito eixos de práticas de saúde propostos neste estudo.

Referente ao eixo 1, a promoção da saúde define-se por ações de caráter ampliado e inespecífico em relação à determinada doença, tendo por objetivo aumentar a saúde e o bem-estar (LEAVELL; CLARK, 1976; CZERESNIA; FREITAS, 2003). As estratégias de promoção da saúde também estão relacionadas ao estilo de vida e às condições de trabalho que demandando enfoque intersetorial e interprofissional.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986) defende a ideia de saúde como qualidade de vida, resultante de um complexo processo, ligado a diversos fatores, como alimentação, educação, renda,

justiça social, ecossistema, entre outros. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais, econômicas e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos e populações e que repercutem em seu bem-estar como um todo. Em 2008, a publicação do relatório final da Comissão Global da OMS sobre os (DSS) estabeleceu o perfil dos DSS e destacou a importância de abordar as condições da vida cotidiana que levam a desigualdades na saúde. No Brasil, o conceito ampliado de saúde é incorporado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA..., 1986).

Frente à abrangência da promoção, ainda hoje adota-se a definição proposta em Ottawa: "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Importante pontuar que a proposta de ampliação das ações para além das doenças (LEAVELL; CLARK, 1976) avançou de tal forma que a saúde passa a não ser mais a finalidade e sim um recurso da vida (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) estabelece princípios do conceito desenvolvido de promoção da saúde: a concepção holística de saúde; a intersetorialidade; o empoderamento dos indivíduos para que possam transformar as diversas situações sociais que colocam em risco sua saúde; a participação social; a equidade, na medida em que aqui passam a ser consideradas as especificidades de diferentes grupos sociais e suas condições de desigualdade a serem endereçadas; ações multiestratégicas, passando a englobar processos políticos concretos para reduzir desigualdades retratadas nas necessidades de saúde em seu contexto social e histórico; a sustentabilidade, no sentido de que as políticas de promoção de saúde possam articular-se com o desenvolvimento econô-

mico sustentável. A partir da conferência de Helsinki (WHO, 2014), houve a integração de políticas em diferentes setores para implementar a promoção da saúde

Já no eixo 2, a prevenção tem foco específico. Ela parte do modelo da história natural das doenças, envolvendo ações específicas relacionadas aos determinantes do adoecimento ou agravamento, seja em âmbito individual, seja em âmbito coletivo (LEAVELL; CLARK, 1976; AYRES, 2016). A AB, por força de seus atributos constituintes (a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e de seus atributos derivados, como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), tem como um dos seus principais objetivos a prevenção de agravos e oferece, ao mesmo tempo, ótimas oportunidades para as ações de prevenção (AYRES, 2016).

A opção pela diferenciação desses dois eixos, no tocante à promoção e prevenção, justifica-se pelas mudanças no desenvolvimento de conceitos na área da saúde pública, posteriores ao modelo de Leavell e Clark (1976), sobre promoção da saúde. Pode-se localizar o início deste movimento com o Informe Lalonde² (LALONDE, 1974), contendo um marcante questionamento sobre o modelo de atenção à saúde então vigente no Canadá, como sendo dispendioso e pouco eficaz na melhoria das condições de saúde da população. O referido informe propõe uma inversão de prioridades, para que se passasse a enfatizar o meio ambiente e o estilo de vida, com práticas de intervenção voltadas a estes aspectos, e menos a prática hospitalar e aos determinantes biológicos do adoeci-

2 O nome do relatório provém de Marc Lalonde, à época, ministro da Saúde do Canadá.

mento. Na mesma direção, pouco depois, veio a Alma-Ata³, e, então, o impulso decisivo em Ottawa⁴ (AYRES, 2016).

Nesse sentido, a promoção da saúde envolve fortalecer a capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de condicionantes de saúde, ao aceitar que não é suficiente apenas conhecer o funcionamento das doenças e encontrar ferramentas para o seu controle (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

O eixo 3 aborda a recuperação da saúde, que é entendida como a assistência a agravos e doenças já instaladas que configuram um conjunto de necessidades de saúde que requerem, em alguma medida, condutas que restabeçam no indivíduo as condições anteriores ao adoecimento segundo o seu “modo de andar a vida” e não apenas a remissão de sinais e sintomas. Trata-se de conseguir reverter ou reduzir as limitações impostas pelo adoecimento ou agravo, minimizando os prejuízos ao cotidiano das pessoas/famílias/comunidades afetadas (AYRES, 2016).

Destaca-se, neste eixo, que a valorização da recuperação da saúde amplia e fortalece a Atenção Básica, sendo que a abordagem clínica e terapêutica das diversas áreas profissionais tem um papel de destaque, ainda com predomínio de intervenções de cunho biomédico. Contudo, tal como vem sendo debatido, ao longo do processo de construção do SUS e, particularmente, da Atenção Básica do SUS, nos últimos trinta anos (SOUZA *et al.*, 2019; PAIM, 2018), a recuperação da saúde não pode ficar restrita à esfera biomédica, mas sim

-
- 3 Em setembro de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão.
 - 4 Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi apresentada a Carta de Ottawa, como já foi mencionado neste texto.

considerar a integralidade do cuidado em todas as abordagens e o cuidado ampliado.

Pensando na recuperação da saúde como parte da integralidade na atenção e no cuidado, cabe resgatar a taxonomia adotada por Cecílio (2001). Como forma de apoiar trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer melhor escuta dos usuários, o autor elenca conjuntos de necessidades de saúde merecendo destaque aqui a insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional e o acesso a tecnologia de saúde (leve, leve-duras e duras) capaz de melhorar e prolongar a vida.

Com relação ao eixo 4, *gestão do cuidado*, há diferentes definições e classificações referidas ao cuidado e a integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado envolve incorporar à produção de cuidados em saúde às diferentes necessidades do usuário, família e comunidade e o contexto em que estas necessidades de saúde são produzidas. A integralidade do cuidado demanda o trabalho em equipe, na medida em que exige que os profissionais se articulem, seja na mesma unidade, seja em diferentes pontos da rede de serviços, troquem informações sobre diagnóstico, exames, tratamento e necessidades de cuidados continuados. É necessário também que, ao trocar informações, possam ir além, facilitando o trabalho em conjunto com centralidade no paciente. Trata-se de articular a intencionalidade e concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos do paciente com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em variações, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta dos recursos.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade, como na trajetória do usuário/paciente (GRABOIS, 2011). Pode envolver múltiplas dimensões, como a individual do

usuário, coletiva familiar, profissional, organizacional da dinâmica e planejamento do serviço, sistêmica das políticas e sistema de saúde e societária no tocante à organização social (CECÍLIO, 2011).

O conceito de gestão do cuidado é polissêmico e alguns autores consideram que a gestão do processo de trabalho e do serviço também o constituem; contudo, neste estudo, optou-se pela abordagem das dimensões que envolvem ações relacionadas à coordenação do cuidado direto aos usuários, famílias e população.

O eixo 5 se refere à gestão do processo de trabalho e do serviço a partir do entendimento da gestão em saúde como “um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolismos/objetivos” (BRASIL, 2009a, p.13).

A definição do presente eixo está ancorada na compreensão do processo de trabalho em saúde como um conjunto de ações realizadas com a finalidade de satisfazer as necessidades de saúde dos usuários e famílias por meio da oferta de serviços da AB no âmbito do SUS.

Destaca-se que o processo de trabalho pode ser operacionalizado sob diferentes lógicas. Consoante a isso, Campos (2000a) apresenta análise crítica ao modelo de gestão hegemônico em saúde, taylorista, que está vigente até a atualidade, e propõe a adoção da cogestão concebida como gestão compartilhada com a participação dos múltiplos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (gerentes locais, gestores, trabalhadores/profissionais, usuários, famílias e comunidade), com autonomia das pessoas e das instituições na resolução dos conflitos a partir do uso do poder de negociação (CAMPOS, 2000b).

A literatura apresenta vários autores que analisam e propõem a gestão compartilhada como alternativa ao modelo tradicional

vertical e centralizado de gestão. Bernardes *et al.* (2015) discorrem sobre as mudanças necessárias para implantação de modelo de gestão participativa e destacam o deslocamento do foco na instituição para os pacientes e famílias. Esse deslocamento deve ser acompanhado do compartilhamento da governança com gestão de conflitos orientada por parâmetros de consenso, a ampliação do escopo de prática das profissões da saúde para que todos os profissionais atuem com seu pleno potencial e todas as competências que a formação e prática lhes permitem desenvolver com responsabilização e autonomia. Salas, Zajac e Marlow (2018) apontam que a gestão e a liderança podem contribuir para o trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa.

O eixo 6 foi definido e nomeado *Documentação* porque, tal como definido no Quadro 1, a coleta, o registro e a notificação de dados são necessários para o planejamento e a execução da atenção à saúde, tanto na esfera do trabalho em equipe e prática colaborativa nas unidades de saúde, como na gestão da rede de atenção à saúde nas esferas regional, estadual e federal do sistema de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), a Política Nacional de Informação e Informática (PNII) tem como propósito criar condições para que gestores, trabalhadores e cidadãos, através de um sistema articulado, obtenham informações e conhecimentos de diversas realidades, subsidiando o planejamento das estratégias em saúde. Logo, através do Sistema Informação da Saúde (SIS), desenvolvido e gerenciado pelo departamento de informática do SUS – o DATA-SUS –, é possível obter informações tais como: Indicadores de Saúde; Assistência à Saúde; Epidemiologia e Morbidade; Rede Assistencial (informações do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES); Estatísticas; Características demográficas e socioeconômicas; Pesquisas; Informações

financeiras, Sistemas e Aplicativos para tabulação de dados, como o TabNet e o TabWin do DATASUS.

O eixo 7 se refere à educação permanente em saúde que surge como formulação teórica no início da década de 1970, a partir do reconhecimento do adulto (e não mais apenas da criança) como sujeito de educação e a consequente aceitação dos espaços de aprendizagem para além da escola, ao longo de toda a vida, no contexto comunitário e do trabalho. A capacitação se dá, em geral, na sala de aula, isolada do contexto real do trabalho, na expectativa de que as informações e conhecimentos serão, a partir daí, incorporadas no processo de trabalho. Por meio da capacitação, alcança-se mais propriamente aprendizagens individuais, mas não a aprendizagem coletiva. Esta última é fundamental quando o que se busca são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que implica em mudanças nas regras do jogo das instituições.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) constitui-se em um dos eixos estruturantes do aperfeiçoamento organizacional dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b). A educação permanente é aprendizagem a partir do processo de trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e do trabalho em saúde. A PNEPS é uma das estratégias do SUS para o desenvolvimento dos seus trabalhadores e o aperfeiçoamento organizacional no âmbito dos serviços e da gestão, com o objetivo de contribuir para a necessária reorientação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e da organização dos serviços. Baseia-se no trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, na identificação dos problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde e na construção coletiva e compartilhada de soluções (DAVINI, 1989; PEDUZZI *et al.*, 2009; HADDAD, 2011).

Finalmente, o eixo 8, que é denominado *Formação e pesquisa*, refere-se às atividades de ensino e de pesquisa com estudantes de nível técnico, graduação, residência e pós-graduação relativas às ações tanto de cuidado como de gestão, no sentido de viabilizar a compreensão, a introdução e a apropriação da inovação nos serviços. Salienta-se a importância da articulação ensino-serviço-comunidade como estratégia vital para o fortalecimento da formação em saúde com base na integralidade do cuidado e na AB como cenário de aprendizagem. A compreensão de que há uma interdependência entre o mundo da formação e o mundo da prática profissional é necessária para garantir processos de formação mais próximos à realidade dos serviços e das necessidades de saúde dos sujeitos (FRENK *et al.*, 2010).

Neste aspecto, destaca-se a importância da ação articulada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde com o desenvolvimento de políticas e diretrizes para a formação, como por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, que estabelecem um eixo de formação a partir do SUS e de seus princípios e diretrizes, e as políticas indutoras promovidas pelo Ministério da Saúde, em especial, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, como o Pró-Saúde, PET-Saúde, Aprender SUS e Ver SUS (PEDUZZI; SILVA; LEONELLO, 2018). Tais políticas promovem a inserção precoce e a imersão dos estudantes no cenário da AB, bem como promove o necessário aprendizado compartilhado entre estudantes, profissionais de saúde, gestores, usuários e professores, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Formar os profissionais de saúde para a integralidade do cuidado requer, entre outros aspectos, necessariamente, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe in-

terprofissional, o que coloca a Educação Interprofissional em Saúde como uma estratégia importante para reorientação da formação em saúde (PEDUZZI; SILVA; LEONELLO, 2018).

Retomando a apresentação das etapas da metodologia de Zarifian (2001; 2003), são finalmente apresentadas a quinta e sexta etapas.

Na quinta etapa, o mapa ou perfil de competências é organizado a partir da análise dos processos de trabalho de cada categoria profissional. Para se chegar ao perfil de competência, primeiramente, são levantadas as ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais das diversas categorias. Por sua vez, este levantamento considera tanto uma análise documental quanto a descrição realizada a partir dos que vivem as situações de trabalho (os próprios trabalhadores).

No presente estudo, a identificação de atividades/ações da equipe da ESF com Saúde Bucal (SB) foi realizada apoiada em análise documental realizada com base em documentos, leis, decretos, portarias e normas referentes à regulação e ordenação do trabalho e da formação de profissionais da AB, originários dos Ministérios da Educação, Ministério da Saúde e dos Conselhos Profissionais das seis categorias envolvidas na ESF com SB (BRASIL, 2017) (FUGULIN; PEDUZZI, 2017).

A escuta dos trabalhadores, considerada por Zarifian (2001) como a etapa mais importante e crucial do processo de construção de competências, pode ser realizada por meio de oficinas de trabalho específicas de cada categoria profissional em estudo. Essas oficinas constituem espaços para levantamento das ações e procedimentos realizados no cotidiano do trabalho, classificação das ações/procedimentos levantados conforme critérios acordados com os grupos e classificação de uma segunda versão do mapa das ações/procedimentos. Esta segunda versão dos mapas de atividades/ações será cote-

jada com a versão de mapas elaborados com base em análise documental, referida neste texto.

Finalmente, a partir dos mapas das ações específicas, é possível sistematizar as competências específicas de cada área profissional. Neste estudo, utiliza-se a tipologia de competências proposta por Barr *et al.* (2005): competências específicas (de cada área profissional); competências comuns (de todas as áreas da saúde) e competências colaborativas (que promovem colaboração). Cabe ressaltar que a referida tipologia aproxima-se da abordagem de campo e núcleo de saberes e práticas de Campos (2000a).

A sexta etapa da metodologia proposta por Zarifian (2001) refere-se à validação como um processo pelo qual a organização ou instituição valida (avalia, segundo alguns critérios hierarquizados) as competências do trabalhador.

Nesse estudo, a validação é compreendida como um processo que busca identificar, do ponto de vista de diferentes públicos, se os perfis de competências elaborados são, efetivamente, atinentes à prática de cada categoria profissional e como estes públicos os percebem. A validação pode ser feita por meio de consulta pública, que deve ser amplamente divulgada por meio de comunicações oficiais, de correio eletrônico e de outros meios, enviados para várias instituições/entidades respectivas das categorias profissionais, tais como órgãos gestores, entidades de classe, instituições de ensino, conselhos de saúde, profissionais participantes das oficinas, dentre outros.

Objetiva-se, com isso, que os perfis de competências profissionais sejam resultantes de um acordo ou consenso entre os atores sociais envolvidos com o trabalho dos profissionais, tratando-se, portanto, de uma negociação, na qual os limites das transigências devem ficar por conta das deliberações das políticas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentaram-se o marco conceitual adotado com o objetivo de identificar as competências profissionais a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF com SB na AB.

Para isso, o primeiro passo necessário foi identificar, dentre vários autores e diferentes conceitos de competência profissional, a composição entre aqueles a serem adotados para respaldar o modelo de atenção à saúde preconizado na ESF no SUS. Foi adotada a concepção de Philippe Zarifian e Guy Le Boterf e a metodologia de construção de competências do primeiro autor que contempla seis etapas.

Definiram-se oito eixos de práticas de saúde (prevenção de riscos e agravos, promoção e recuperação da saúde, gestão do cuidado, gestão do processo de trabalho e serviço, documentação, educação permanente em saúde, formação e pesquisa) e apresentaram-se suas fundamentações. Estas estão embasadas no debate teórico e conceitual construído ao longo das últimas décadas e que deu origem aos princípios e diretrizes do SUS que, por sua vez, devem nortear o desenvolvimento das competências profissionais e do processo de trabalho em saúde, na perspectiva interprofissional e colaborativa.

Os referenciais conceituais e metodológicos aqui adotados constituem um caminho para a construção das competências dos profissionais da AB, uma vez que cada eixo da prática (identificado na quarta etapa) gera uma ou mais competências, e os mapas das ações podem ser ressignificados, transformando-se em um conjunto articulado de elementos que constituem a competência, ou seja, os múltiplos saberes que a compõem.

AYRES, J. R. C. M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. *In*: MARTINS M. A. *et.al.* **Clínica médica**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2.ed. ampl. rev. Barueri: Manole, 2016. v. 1, p. 436-454.

BARR, H. *et. al.* **Effective interprofessional education**: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell, 2005.

BERNARDES, A. *et al.* Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 7, p. 888–897, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 19 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde), (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 2 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 2 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta Versão 2.0: inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em: 2 jun. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en. Acesso em: 2 jun. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CARTA de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, 1986. Emitida na Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1., 1986, Ottawa. Disponível em: <https://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

CARTER, B. L.; BOSWORTH, H. B.; GREEN, B. B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 1, p. 51-65, Jan. 2012. DOI 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257828/>. Acesso em: 27 out. 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R; MATOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 430 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da saúde: reflexões, conceitos e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professional in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v. 8, p.188, 2008. DOI: 10.1186/1472-6963-8-188. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563002/>. Acesso em: 27 out. 2017.

DAVINI, M. C. **Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente na saúde**. [S. l.]: OPS/PWR, 1989.

DEEN, T. L.; FORTNEY, J. C.; PYNE, J. M. Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression administration and policy in mental health. **Health Service Research**, v. 38, n. 5, p. 345-55, 2011.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 27, n. 3, p. 13 -25, set./dez. 2001a. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/572>. Acesso em: 27 out. 2017.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, v.1, n. 2, p. 5-15, maio. 2001b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2002.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso - (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/2/unidades_conteudos/unidade06/unidade06.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1957, 2010.

FUGULIN, F.; PEDUZZI, M. (coord.). **Dimensionamento de pessoa e caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional**. São Paulo: EEUSP/Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2017. (Relatório Técnico, Carta Acordo OPAS/BR/LOA 140084.001).

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: GONDIM, R., GRABOIS, V., MENDES JUNIOR, W. V. (org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>. Acesso em: 4 jan. 2014.

HADDAD, A. E. **A Odontologia na política de formação dos profissionais de saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOUSP**. 2011. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2011. DOI 10.11606/T.23.2013.tde-13052013-143506. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/23/tde-13052013-143506/pt-br.php>. Acesso em: 2 jun. 2014.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: MEC/Fename, 1976.

MENDONÇA, M. H. M. *et. al.* Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária a Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). **Atenção Primária a Saúde no Brasil: conceitos práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLEY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015.

OLENICK, M.; ALLEN, L. R.; SMEGO, J. R. R. A. Interprofessional education: a concept analysis. **Advances in Medical Education and Practice** n. 1, p. 75-84, Nov. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237071275_Interprofessional_education_A_concept_analysis. Acesso em: 27 out. 2017.

OLIVEIRA, M. A.C.; PEREIRA, I. A. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI 10.1590/1413-81232018236.09172018. Disponível em: <https://scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, Supl.2, p. 1525-34, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 19 set. 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: “educação permanente em saúde” and continuing education concepts in the day- to-day routine of primary healthcare units in São Paulo. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação [Internet], v. 13, n. 30. p. 121-134, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/en_v13_n30a11.pdf. Acesso em: 27 out. 2017.

120

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista esc. enferm. USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PEDUZZI, M.; SILVA, J. A.; LEONELLO, V. M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e prática interprofissional. *In:* MOTA, A; MARINHO, A. G.; SCHRAIBER, L. B. (org.). **Educação, Medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares**. Santo André, SP: Ed. UFABC, 2018. p. 141-172.

PROUDFOOT, J. *et al.* Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? **International Journal**

for Quality in Health Care, v. 19, n. 3, p. 165-169, June, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm005>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/3/164/1791469>. Acesso em: 27 out. 2017.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, v. 38, n. 7, p. 656-668, May, 2016. DOI: 10.3109/0142159X.2016.1173663.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, June, 2017. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

REEVES S. *et al.* The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. **Journal of interprofessional care**, v. 24 n. 3, p. 230-241, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820903163405>.

SALAS, E.; ZAJAC, S.; MARLOW, S. L. Transforming health care one team at a time: ten observations and the trail ahead. **Group & Organization Management**, v. 43, n.3, p. 357-381, Feb. 2018. DOI: 10.1177/1059601118756554.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, Aug. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/en_1413-8123-csc-24-08-2783.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of public Health**, v. 11, p. 39-51, 1990. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.11.050190.000351>. Acesso em: 22 set. 2017.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 27, n. 1, p. 134-42, 2013. DOI: 10.1108/14777261311311843.

WHO. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice** [Internet]. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://hsc.unm.edu/ipe/resources/who-framework-.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

WHO. **Health in all policies**: Helsinki statement. framework for country action. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>. Acesso em: 22 set. 2017.

WHO. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

ZARIFIAN P. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Ed. SENAC, 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo, competência**: por uma nova lógica. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice: based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Review**, n. 3, 2009. Art. n. CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Educação Profissional em Saúde e os desafios históricos que permeiam as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

Thais Paulo Teixeira Costa | tpaulotc@gmail.com

Mestra em Educação; pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos
em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima | limarrt@gmail.com

Bacharel em Saúde Coletiva; mestre em Ciências da Saúde; doutorando em
Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e
coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

Olivia Moraes de Medeiros Neta | olivianeta@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Departamento de Fundamentos e Políticas da
Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Mércia Maria de Santi | mercia.ufrn1503@gmail.com

Dra. em Ciências Sociais; profa. da Escola de Saúde da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte

Lenina Lopes Soares Silva | lenina.lopes@ifrn.edu.br

Dra. em Ciências Sociais; profa. do Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio Grande do Norte

Este artigo é uma produção acadêmica decorrente de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN) a qual teve como um de seus objetivos específicos compreender o contexto histórico em que as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) foram criadas e os desafios que permearam essa trajetória por meio de uma investigação bibliográfica e documental de natureza qualitativa.

As ETSUS foram institucionalizadas no final da década de 1980, no Brasil, e objetivavam qualificar a força de trabalho de nível médio e elementar, que atuavam nos serviços de saúde sem a qualificação devida. Neste contexto histórico, a saúde pública estava em um debate efervescente em decorrência dos impactos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1970) e das possibilidades sociais que aconteciam com o fim da ditadura civil/militar (1964-1985). Essas escolas se firmaram em meio a movimentos que buscavam fazer emergir no Brasil alguns princípios democráticos universais, sendo, assim, consideradas como instituições parceiras para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, em sua institucionalidade, tornaram-se escolas que, além de qualificar a força de trabalho para este sistema, traziam em sua concepção diretrizes que possibilitavam a emancipação e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos frente ao mundo do trabalho.

Contudo, os esforços de trabalho desenvolvidos, ao longo da sua história, são marcados por fatores políticos que se traduzem em: subfinanciamento, ausência de força de trabalho específica, descontinuidade de políticas, falta de infraestrutura para o desenvolvimento de cursos, além de políticas verticalizadas que direcionam e, por vezes, não consideram as necessidades de saúde da população local e dos profissionais que atendem essa população. Tais fatores têm contribuído para que essas escolas se tornem “inexistentes” para grande parte da sociedade brasileira.

Compreendendo o estudo acerca das instituições escolares como um caminho dialético que oportuniza o fortalecimento histórico destes espaços para a sociedade (NOSELLA; BUFFA, 2006), este trabalho apresenta o caminho traçado pelas ETSUS em seus marcos iniciais na década de 1990 até os anos 2000, vinculados à história da Educação Profissional em Saúde, registrando que sua concepção caminha passo a passo com a consolidação do SUS, fazendo com que processos educativos também tenham o mesmo objetivo: fortalecer o sistema público de saúde.

Por conseguinte, espera-se que a reflexão aqui desenvolvida, ao resgatar a trajetória das ETSUS da década de 1990 aos anos 2000, contribua para a permanente análise da formação de trabalhadores do SUS e, conseqüentemente, para a compreensão da dimensão política da formação em saúde, e, de igual modo, que torne mais visível à existência dessas escolas no sentido de fortalecer a educação profissional em saúde.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O histórico da Educação Profissional em Saúde se encontra situado em um movimento marcado pela instabilidade de um sistema de saúde atrelado à inserção precária dos trabalhadores de nível médio no ambiente de trabalho, portanto, carente de formação específica para um melhor atendimento à população. Neste cenário, trabalhadores de nível médio e elementar da área da saúde foram historicamente excluídos nos espaços de trabalho, mesmo tendo uma enorme representação quantitativa nos serviços de saúde, o que politicamente pode ser considerado um contrasenso. A ausência de uma proposta de formação adequada, assim como a origem social e econômica destes trabalhadores, contribui para essa situação, demandando reflexões que tragam para o debate político da formação em saúde o papel e o lugar da educação profissional ideada e objetivada para as ETSUS.

Isso remete à dualidade perversa da educação brasileira que, de maneira reduzida, oferece formação à classe trabalhadora visando garantir apenas a sua própria subsistência sem almejar a transformação social ou mesmo a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora. Assim, a educação que é ofertada a essa classe é conduzida pelo acesso limitado ao conhecimento. Seus usuários não desenvolvem novas habilidades e competências e, por isso, limitam-se às condições que lhes foram impostas (LIBÂNEO, 2012).

Desse modo, a ausência de um direcionamento transformador na formação dos trabalhadores da área da saúde não impediu sua inserção nestes serviços, mesmo sem a devida qualificação, o que traz consequências desqualificantes para os serviços, os usuários e o próprio trabalhador.

As ETSUS possuem origens diversas no Brasil, mas predomina a diretriz comum: a qualificação dos trabalhadores de nível médio locados nos serviços de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006). Esta diretriz demarca a diferença do público-alvo destas escolas, posto que os trabalhadores foram inseridos no mundo do trabalho sem a devida qualificação, ou a qualificação necessária para o serviço o que demanda formação específica ou especializada.

Até a década de 1980, a maioria dos cursos para este grupo de trabalhadores era realizada em hospitais, em forma de treinamento, seguindo o modelo de atenção vigente no período, sem possibilitar aprofundamentos e reflexões sociais acerca dos serviços de saúde e as mudanças no mundo do trabalho. Esse modelo acentuava ainda mais o contexto de exclusão que os rodeava, uma vez que haviam sido excluídos do ensino formal, possuíam limitações econômicas e estavam situados em diferentes locais do Brasil (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Assim, os anos de 1980 configuraram-se como um momento de reconstrução da formação de trabalhadores da saúde por ser um período de intenso movimento social que demarcava embates políticos que se tornaram um divisor de água pela democracia, bem como de desenvolvimento e integração das políticas da área junto à educação, com foco na formação daqueles que já estavam inseridos nos serviços. Neste cenário, o Projeto Larga Escala é visto como um marco histórico na formação dos trabalhadores de nível médio.

Este projeto resultou em um expressivo número de formados, além do marco desenvolvido pela inovação metodológica do ensino para a época. O êxito do Projeto Larga Escala influenciou a formação dos trabalhadores em saúde nos anos seguintes, especialmente no que diz respeito à criação de um novo projeto, que foi denominado de Projeto de Profissionali-

zação dos Trabalhadores da Área da Enfermagem – PROFAE (CASTRO, 2008).

Os impactos positivos do Projeto Larga Escala, na formação dos trabalhadores de nível médio, são apresentados como uma proposta de formação com responsabilidade para o exercício da cidadania. Isso por meio de metodologias ativas e horizontais, centradas na interação entre o sujeito e sua realidade e sustentadas em um currículo integrado (diferente das características de um currículo tradicional), posto que aliava à formação técnica e pedagógica para os instrutores participantes do projeto (CASTRO, 2008).

Estas características impulsionam a concepção e a entrada das ETSUS na agenda política, considerando que a proposta de formação dos trabalhadores da saúde da época não se adequava à necessidade dos desafios encontrados por esses em seus espaços de trabalho.

Diante de tal conjuntura, na década de 1980, foi traçado o debate sobre o distanciamento da proposta de formação oferecida pelo Ministério da Educação e a realidade enfrentada pelos trabalhadores que executavam os serviços de saúde. Esta afirmação é narrada por Izabel dos Santos (1927-2010),¹ mentora do projeto:

1 Izabel dos Santos é uma das maiores referências na área de recursos humanos em saúde no Brasil, tendo papel central na qualificação e valorização dos trabalhadores de nível médio e elementar do SUS. Desenvolveu o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, conhecido como “Projeto Larga Escala” que revolucionou os processos de qualificação existentes na época. Para conhecer sua trajetória, indicamos a leitura do livro *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*, escrito por Janete Lima de Castro, José Paranaguá de Santana e Roberto Passos Nogueira, publicado em Natal/RN, no ano de 2002, pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN.

A minha experiência dizia que a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais. Portanto, ela teria que ter, como princípio primordial, a inclusão. Como fazer isso? Foi a partir daí que eu comecei a formatar a ideia de que a escola, para esse aluno/trabalhador, deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos. Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência de saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes. Presenti uma missão difícil (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p. 58).

129

Essas constatações de que “a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida” e de que “deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos” descrevem a falta de prioridade, ao longo da história, à formação adequada para os serviços de saúde desses trabalhadores, como “uma missão difícil”, conforme a fala de Izabel dos Santos publicada por Castro, Santana e Nogueira (2002, p. 58).

A educação tecnicista que, durante décadas, reduzia a formação dos sujeitos a pontuais treinamentos, contribuiu para o limitado reconhecimento do trabalho realizado em serviço na saúde. Desta forma, essas escolas proporcionariam uma forte mudança nos espaços de formação ao reconhecê-los como lu-

gar dos trabalhadores como protagonistas de suas formações e práticas de trabalho.

Diante do exposto, a proposta político-pedagógica na qual se baseiam as ETSUS, em seus pressupostos básicos, envolve metodologias que cooperam para uma concepção democrática da educação, ofertando a reflexão crítica e o conhecimento indispensável à reformulação da prática profissional para melhor atendimento à população (GERMANO, 1996), posto que partem da análise de contexto no qual o serviço e a formação ocorrem. Destaca-se que sua proposta é direcionada à formação dos trabalhadores que atuam na saúde e, para tanto, necessitam de uma qualificação específica para atuação no ambiente de trabalho.

Na perspectiva de atribuir significado à formação oferecida, a proposta ideada para as ETSUS procura reconhecer os estudantes/trabalhadores como pontos de partida das práticas educativas, situados nos espaços de trabalho, com articulação de conhecimentos socialmente construídos à soma de novos saberes. O comprometimento da proposta pedagógica da escola, em relação à centralidade do aluno no processo de ensino-aprendizagem, ocorre por serem também trabalhadores que em suas trajetórias já possuem algum tipo de exclusão promovida pela educação que utiliza o método tradicional de ensino (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

As ETSUS foram, então, institucionalizadas de maneira articulada com os serviços de saúde, visando ofertar aos trabalhadores a aplicação do conhecimento junto à prática do trabalho para construir um serviço que pudesse ofertar melhor atendimento à população. Compreende-se que elas poderiam possibilitar o contínuo aprendizado ao longo da vida, visto que foram criadas com o enorme desafio de superar o modelo hegemônico tecnicista de ensino e para proporcio-

nar uma formação social/política/cidadã que fosse centrada na aprendizagem, na valorização dos estudantes como sujeitos de aprendizagem e na construção significativa do conhecimento sobre a saúde e a prática em saúde nos espaços de trabalho (RAMOS, 2002).

Para Ramos (2009, p.155)

por essa abordagem, pretende-se romper com o caráter neutro, evidente e reificado da Educação Profissional em Saúde, fenômeno capaz de, por si, alterar as relações de trabalho fragmentárias, hierarquizadas e excludentes que caracterizam tanto os serviços de saúde quanto os processos de trabalho em geral.

O final da década de 1980 configura-se como um momento marcado por uma eclosão em busca de direitos sociais. Esse momento desencadeou a construção de uma política de saúde de caráter universal, que veio a ser reconhecida como SUS, tendo como marco sua inclusão na Constituição Federal de 1988. A partir de sua promulgação, através das Leis Orgânicas da Saúde, um forte processo de reestruturação dos serviços de saúde produziu, em pouco tempo, importantes alterações para a formulação de políticas públicas no Brasil.

A institucionalização do acesso universal à saúde pela criação do SUS teve como proposta romper com a realidade anterior referente que descartava a garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde como direito fundamental e social. Esse momento abriu espaço para a discussão a respeito da ideia de que a utilização e o acesso aos serviços de saúde devem ser tratados como direitos essenciais à população, portanto, inalienáveis.

Nesse sentido, Paim (2009, p. 43) expõe que

a proposta do Sistema Único de Saúde está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios.

Os avanços sociais na área da saúde estão postos e preceituados na Constituição Federal de 1988, regulamentados pela Lei nº 8.080/1990 e representam um marco imprescindível aos direitos conquistados pela população. Destaca-se que esta Lei, ao regulamentar os serviços de saúde em todo o território nacional, em seu artigo 27, inciso I, afirma que a formação dos trabalhadores deve se organizar no interior das instituições de saúde, visando “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). Dessa forma, observa-se que a proposta supracitada de Izabel dos Santos está contemplada na referida Lei.

No entanto, há de se considerar que essas conquistas estão inseridas em um período de reforma administrativa do Estado, iniciado no governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992) e baseado em propostas de redução, voltando-se predominantemente aos interesses da iniciativa privada. De acordo com Paim (2008, p.189),

[...] o Governo Collor, utilizando-se de expedientes diversos, reduziu em quase metade os recursos para a saúde. Portanto, não é difícil compreender o “caos do SUS” no seu nascimento, muito menos o sucateamento dos serviços públicos.

A redução de recursos para a saúde, em um momento de estruturação de um sistema público com tamanha dimensão ao acesso, conforme proposto pelo SUS, tem impacto direto em sua organização, visível, em especial, na área de recursos humanos em saúde. Em consonância com Vieira (2008), é no contexto de instabilidade das relações da gestão do trabalho que a área passa a ser mais discutida. Entretanto, os desafios para o desenvolvimento de suas políticas permanecem e são demonstrados em movimentos como:

[...] a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, registrou a contradição/tensão que, desde então, vem marcando a área. Embora a questão dos RHS seja percebida como estratégia nos documentos da saúde pública, concretamente, foi pouco valorizada, já que relacionada de forma superficial com aspectos que, fundamentalmente, afetam as políticas públicas de saúde no país. A principal questão da área encontrava-se relacionada à própria ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salário (PCCS), no sentido de favorecer a implantação do SUS (VIEIRA, 2008, p. 345).

Portanto, apesar das discussões apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em Saúde constatarem que não existiu um direcionamento preciso para

o desenvolvimento de políticas e valorização da área de recursos humanos, poucas ações foram feitas de maneira prioritária como uma proposta de estruturação do sistema público de saúde no Brasil.

No que diz respeito à formação dos trabalhadores, é notório que a falta de uma política de estado, que direcione a formação dos seus trabalhadores, fará com que interesses econômicos influenciem diretrizes educacionais. Assim, para atender às necessidades do mercado de trabalho, a educação passou a adequar-se ao modelo de acumulação flexível, com modificações da imagem do novo aluno/trabalhador, para que este tenha um processo formativo cada vez mais amplo e adequado às necessidades da lógica produtivista (CABRAL NETO, 2012). Neste sentido, ficou difícil para as ETSUS atenderem à lógica do mercado de trabalho, pois seu público não se direciona para o mercado, posto que está inserido em um espaço estatal que demanda o atendimento de políticas de saúde formuladas pelo Estado brasileiro.

É válido destacar que, com o processo de institucionalização do SUS, buscou-se romper com o modelo de atenção à saúde vigente no país, de característica hospitalocêntrica, centrado nos saberes hegemônicos dos cursos de medicina para uma perspectiva do cuidado ampliado que é voltado à centralidade do sujeito no cuidado em saúde e vinculado a uma concepção preventiva da saúde que não pode ocorrer desvinculada da educação dos cidadãos que buscam os serviços de saúde no Brasil.

Essa mudança resultou em novos desafios para a formação dos trabalhadores da saúde, pois nessa deve-se considerar que o SUS não se vincula a interesses econômicos, financeiros ou de mercado, mas, sim, aos interesses que estão vinculados às necessidades de saúde da sociedade (PAIM, 2008).

Desse modo, se o SUS, dentro de uma sociedade capitalista, segue uma lógica contra-hegemônica e o funcionamento das instituições de saúde, em sua maior parte, depende dos seus trabalhadores, reforça-se a importância de um processo formativo para além da lógica produtivista, ao considerar as dimensões política, cultural e social do SUS, bem como a diversidade da população que impõe a esses trabalhadores que sejam consideradas as diferenças no atendimento.

Neste sentido, tornam-se necessários espaços formativos que dialoguem com o trabalhador e o auxiliem na construção de estratégias transformadoras dos seus espaços de atuação. É oportuno refletir que as ETSUS possuem este papel formativo e, para isso, é necessário compreender sua trajetória histórica.

Na década de 1990, o diagnóstico realizado por Sório e Lamarca (1998) mostrava a existência de 24 Escolas Técnicas que ofertavam cursos de qualificação profissional para trabalhadores nos serviços de saúde, tendo seu processo educativo baseado nas necessidades de saúde da população. Todavia, esse estudo apresentava a baixa visibilidade existente na formação dos trabalhadores de nível médio, sendo justificado por

[...] uma série de entraves para o desenvolvimento efetivo das propostas de formação, merecendo destaque: a insuficiência de recursos humanos e financeiros; a baixa autonomia de gestão; o baixo prestígio político e a insuficiente articulação de parceiros (SÓRIO; LAMARCA, 1998, p. 151).

Dessa maneira, apesar do amplo debate sobre a formação de trabalhadores de nível médio e a criação das ETSUS, permanecia a falta de compreensão sobre seu papel por parte de gestores e formuladores de políticas. De acordo com Santos (2002), o

cenário da região Nordeste diferia dos demais por possuir recursos de projetos como, por exemplo, o Projeto Nordeste. Já as demais regiões, sem esse apoio, lidavam com dificuldades de organização do espaço e pagamento de pessoal.

A falta de apoio fez com que a organização dessas escolas acontecesse de maneira lenta. Há de se considerar também que a modificação das propostas dos treinamentos ofertados aos trabalhadores de nível médio, para uma formação baseada em uma nova concepção, ocasionou um longo debate nas Secretarias de Saúde dos Estados (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

A fragilidade da gestão dessas escolas favoreceu a implementação de uma proposta de cooperação entre as ETSUS ainda na década de 1990, denominado Projeto Escola de Nível Médio. Esse projeto entra

Em vigor de 1995 a 1999, foi fruto de um acordo mais amplo firmado entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a antiga Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (CGPRH/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que tinha como foco, além do fortalecimento e consolidação de uma rede de escolas técnicas de nível médio, o apoio técnico à outra rede, de escolas de Saúde Pública (MATHIAS, 2011, p. 1).

Sório e Lamarca (1998) afirmam que esta proposta teve a oportunidade de ampliar as relações entre atores e instituições ao potencializar a construção de identidade de grupo por fortalecer a ideia de Rede nas ETSUS. Salienta-se que, na análise das autoras, a proposta de Rede encontrava-se dentro da proposta de descentralização, sendo respeitadas as necessidades, perfil e realidade de cada local.

Cabe assinalar que a formação para o trabalho em saúde, na década de 1990, estava imersa na profunda mudança do Estado brasileiro, incentivada pela crescente hegemonia da doutrina neoliberal que aqui a principal prerrogativa parecia ser tornar o Estado ainda menor em termos de políticas públicas. Neste contexto, destacam-se a desregulamentação do mercado de trabalho e o enxugamento do Estado (PRONKO, 2011). No passo marcado por essa tendência, o setor saúde tem se apresentado com formas de contratação correspondente, devido ao incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

A ausência de regulamentação do mercado em um contexto influenciado pelo modelo neoliberalista, também influenciou áreas como educação, portanto, insidia diretamente sobre a finalidade das ETSUS. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, trouxe a separação do ensino médio e técnico, e a Educação Profissional foi regulamentada pelo Decreto n.º 2.208, em 1997, com a separação do Ensino Médio da Educação Profissional (BRASIL, 1997). Essa dissensão legal promovida dentro de um mesmo nível de ensino vai incidir diretamente na implementação de ações nas escolas de saúde em estudo.

De acordo com Moura (2013), os prejuízos dessa separação são incalculáveis à educação brasileira, tendo em vista que os impactos dessa separação continuam mesmo após o Decreto n.º 5.154/2004. Para Pereira e Ramos (2006), a contestação da Lei n.º 9.394, de 1996, e do Decreto n.º 2.208, de 1997, ocorre por não serem favoráveis à política de melhoria da Educação Profissional, mas, sim, às características que reduzem trabalhadores à lógica de produção do mercado de trabalho, lógica essa, impossível de ser aplicada de forma ética às ETSUS, dadas as suas especificidades de público-alvo e de finalidade.

Para Ramos (2010), foi na década de 1990 que as políticas de educação profissional técnica em saúde e as políticas da área da educação adotaram, sob a influência de uma mudança de perfil profissional, o modelo da pedagogia das competências na formação de trabalhadores da saúde, o qual foi difundido nas Escolas Técnicas de Saúde por meio e com o PROFABE.

O PROFABE foi concebido em 1999 com o financiamento do Banco Interamericano de Financiamento e Desenvolvimento. De acordo com Castro (2008, p. 183), neste projeto, estão presentes os “princípios do Projeto Larga Escala (flexibilização, descentralização e inclusão)”. O documento de avaliação das estratégias desenvolvidas pelo PROFABE ressalta a atenção dada ao acompanhamento do processo formativo do aluno. A avaliação, nesse documento, é pensada como parte do processo formativo e não como uma atividade fim. Ele possibilita a orientação e aperfeiçoamento das práticas para trabalhadores inseridos no serviço.

[...] as funções de avaliação, no sistema de certificação do PROFABE, devem ser: diagnóstica (indicativa de possíveis problemas, dos egressos e/ou do próprio sistema de formação); formativa (direcionada à melhoria dos desempenhos dos alunos, da atuação das instituições formadoras e do próprio PROFABE), somativa (atribuição do certificado) e de responsabilização (envolvimento das instituições formadoras e empregadoras no processo de certificação e remediação) (SANTOS et al., 2001, p. 6).

Faz-se oportuno destacar que a proposta de formação dos trabalhadores, apresentada pelo PROFABE, está imersa no desafio da oferta de atendimento de qualidade nos servi-

ços de saúde. Entretanto, é válido mostrar que, para além da proposta de formação, deve estar implicada uma análise no contexto da organização estrutural dos serviços de saúde, de maneira que as instituições também se responsabilizem pelas condições nas quais estão inseridos os trabalhadores e onde realizam suas práticas de trabalho.

A esse respeito, Arroyo (2003, p. 72) traz a seguinte reflexão:

É ilusório sonhar que, qualificando os profissionais de saúde sem qualificar as condições do seu trabalho, estaremos melhorando os serviços de saúde. Políticas de formação e de requalificação das condições de trabalho terão de ser concomitantes. É o trabalho que forma ou deforma, qualifica ou desqualifica o trabalhador. Políticas de formação de trabalhadores adquirem sentido quando acompanham políticas de qualificação dos postos e das condições de trabalho.

139

Diante do exposto, a formação dos recursos humanos em saúde deve fundamentar-se em uma visão crítica e transformadora de sua prática social e é essa a concepção que vai permear as propostas das ETSUS. A relação entre trabalho-saúde-educação deve promover medidas de formação crítica para os sujeitos, oportunizando uma formação crítico-reflexiva em seu espaço de atuação.

Ainda de acordo com Arroyo (2003, p. 80) os

programas como o PROFABE procuram dar conta de formar profissionais competentes nas artes de lidar com representações e esperanças, com medos e horizontes existenciais, por vezes, no limite. Lidar com valores e culturas. Tratos profissionais que exigem competências refinadas. Que coletivo profissional for-

mar para dar conta de dimensões tão misturadas e tão delicadas? Tão humanas?

O modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS promove o cuidado na perspectiva da integralidade. Deste modo, sua ação não se limita ao sistema biológico, por acreditar que este, por si só, não é o suficiente. Compreende-se que as propostas de formação para a área não devem se limitar à dimensão técnica, atendendo apenas às demandas do processo produtivo, por não responderem às necessidades de usuários dos serviços de saúde.

Todavia, Vieira e Chinelli (2013) chamam a atenção para o fato de que, apesar da importância do olhar atento à formação dos trabalhadores de saúde, na perspectiva do cuidado integral aos usuários dos serviços de saúde, este cuidado não deve ser o exclusivo foco das políticas de formação de trabalhadores do SUS.

Nesta perspectiva, considera-se que os espaços não viabilizam aos trabalhadores, especialmente de nível técnico, as questões estruturais e políticas necessárias para que o cuidado em saúde, baseado na integralidade do atendimento, possa ser ofertado. Assim sendo, cada vez mais, maiores atribuições lhes são exigidas sem que as condições de trabalho sejam modificadas através de qualificação para o trabalho a ser realizado.

Para Marques (2002), a formação por competências foi incorporada na perspectiva de ampliar a discussão sobre o papel da Escola, por acreditar que este conceito traz a possibilidade de romper com práticas pedagógicas que levam ao tecnicismo. Neste ponto, a pedagogia das competências é, então, reconhecida em uma perspectiva superior à dimensão técnica e fragmentada, possibilitadora do desenvolvimento de “competência política, pedagógica, técnica e ética, a fim de

compreender o significado dessa mudança para o setor Saúde” (MARQUES, 2002, p. 22). Porém, tem de ser considerado que, nas sociedades atuais, as competências técnicas aliam-se às competências tecnológicas e que as tecnologias digitais adentraram os serviços de saúde.

Ao falar em formação por competências na área da saúde, é necessário lembrar que este conceito esteve presente no Projeto Larga Escala, na proposta do currículo integrado, e serviu como base ao PROFAE, com a Certificação por Competências, tendo o propósito de contribuir com sua prática de trabalho (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

No intuito de ampliar a proposta de formação para os trabalhadores de nível técnico em saúde, uma vez que se encontravam inseridos em um modelo voltado aos valores atribuídos à divisão social do trabalho, limitando seus espaços de atuação, a proposta da pedagogia por competências foi incorporada pelas ETSUS.

De acordo com Borges *et al.* (2012), as ETSUS se organizam pedagogicamente por meio do Sistema de Certificação por Competências que é baseado na proposta de formação apresentada pelo PROFAE. O modelo de competências é estabelecido por diferentes atores da saúde que são voltados à preocupação por uma formação humana baseada no “saber-ser” (MARQUES, 2002).

Para Pereira e Ramos (2006), apesar dos avanços desenvolvidos pelo PROFAE para com Educação Profissional em Saúde, destacados na qualificação de setenta mil trabalhadores, de 2000 a 2002, e da ampliação do debate acerca da formação profissional para os gestores (SÓRIO, 2003), o desenvolvimento deste projeto ocorreu dentro de uma perspectiva do Estado brasileiro e com uma lógica neoliberal que pressupõe o aligeiramento da formação.

Em consonância com Cabral Neto (2012, p.10), “o neoliberalismo configura-se [...] como uma superestrutura ideológica e política que acompanha a transformação histórica recente do capitalismo moderno”, a qual resulta na deterioração da vida e do trabalho em sociedade, portanto, não condizente com uma formação que tem como prerrogativa a formação dos trabalhadores em saúde para o cuidado e prevenção no e para o trabalho.

De acordo com Pereira e Ramos (2006), o PROFAE contribuiu com a difusão de uma das principais referências basilares para os currículos da Educação Profissional, extremamente afinada com os valores e com a epistemologia da fase de acumulação flexível do capital, qual seja a pedagogia das competências.

Izabel dos Santos, em entrevista para Castro, Santana e Nogueira (2002), diz que a proposta de Certificação de Competências do PROFAE oferta uma regulação das práticas mais societárias, envolvendo diversos atores, além de potencializar a educação permanente dos trabalhadores dos serviços. As palavras de Izabel ainda destacam que: “ensino por competência é, para mim, tranquilo, não tem contradição alguma, é quase que uma exigência do ensino profissional. O ensino profissional tem compromisso com o fazer” (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002, p. 81).

Sobre o modelo de competência instituído, Pereira (2002) o analisa como adequado se aplicado aos interesses dos trabalhadores, de modo que suas formações contemplem características e cultura próprias, ainda que seja difícil não atender aos interesses do modelo político-econômico vigente. A referida autora destaca que,

do ponto de vista das investigações, é preciso que o pesquisador esteja atento para pensar a qualificação

profissional como construção teórica inacabada, pois [...] é preciso ter atenção para os diferentes sentidos e concepções que relacionam indivíduo, sociedade, trabalho educação e saúde (PEREIRA, 2002, p. 235).

Diante do exposto, às ETSUS cabe assumir a responsabilidade de acompanhar os procedimentos pedagógicos e formativos apoiados em modelos de competência, para que a formação dos sujeitos caminhe na construção de conhecimentos e reflexões a respeito de sua forma de agir no mundo, mesmo que dentro dessa responsabilidade tenha de ser considerado em uma perspectiva dialética que as políticas de um Estado capitalista trazem em seu bojo, ou seja, uma gama de contradições que ora são explícitas de forma manifesta, ora são latentes se constituindo de modo sublimar nos processos educativos.

ESCOLAS TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MARCOS DE UMA TRAJETÓRIA DE INVISIBILIDADES E DE MUDANÇAS

O debate sobre o fortalecimento de recursos humanos é contínuo na área da saúde e se molda nas concepções históricas, econômicas e sociais. Neste cenário, o movimento político da Educação Profissional também influencia o contexto do setor saúde (RAMOS, 2010).

Ao analisar o cenário das políticas de Educação Profissional, no início dos anos 2000, Kuenzer (2006) apresenta a utilização de propostas de desenvolvimento de projetos para a Educação Profissional articulados com o regime de acumulação flexível, implementado na década anterior. Para esta autora, isso contribui para

[...] refletir que, na sociedade capitalista, na qual se produzem relações sociais e produtivas que têm a finalidade precípua de valorização do capital, não há inclusão que não atenda a esta lógica, como não há possibilidade de existência de práticas pedagógicas autônomas; apenas contraditórias, cuja direção depende das opções políticas que definem os projetos, seus financiamentos e suas formas de gestão (KUENZER, 2006, p. 907).

Nesta perspectiva, Cêa, Reis e Conterno (2007, p. 141) apresentam alguns dos avanços propostos pelo PROFAE, de acordo com o Ministério da Saúde:

Com base em informações do MS (2004), os principais resultados alcançados pelo PROFAE, até março de 2004, foram os seguintes: formação de 148.656 mil alunos em auxiliar e técnico em enfermagem; 12 mil trabalhadores com o ensino fundamental concluído e cerca de 70 mil trabalhadores cursando este nível de ensino; envolvimento de aproximadamente 300 escolas de Educação Profissional, incluindo as técnicas do SUS (10%), as públicas estaduais e federais (22%), as particulares (58%) e as do Sistema S (10%). O processo de execução dos cursos conta com a supervisão e o monitoramento de uma rede de instituições denominadas agências regionais (25 entidades).

Sobre os resultados apresentados pelo relatório, destaca-se a articulação entre instituições públicas e privadas, sendo a última com uma porcentagem superior ao somatório total das instituições públicas (estaduais e federais) e ETSUS. Sobre as ETSUS, essas se encontram vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde.

O relatório do 1º Fórum Nacional do PROFAE, intitulado: Construindo uma Política Pública de Formação Profissional em Saúde, realizado em dezembro de 2002, pode justificar o envolvimento das ETSUS no projeto, ao considerar o seu poder de atuação. Sório (2003, p. 61) faz a seguinte apresentação:

Um outro desafio diz respeito à pergunta que já fiz aqui, neste plenário: É possível transformar o PROFAE em uma política pública permanente? Responder, positivamente, a esta pergunta foi o caminho escolhido por todos nós. Por esse motivo, foi reforçado o apoio às escolas técnicas do SUS que passaram a ter um papel bastante diferenciado na formação. Ou melhor dizendo, o PROFAE, articulado com as políticas educacionais, apostou que as escolas técnicas do Sistema Único de Saúde poderiam ir muito além do que centros para ofertar cursos e apostou que essas escolas poderiam ser um espaço de mediação entre o mundo do trabalho e o mundo da educação.

145

Neste sentido, a discussão sobre o PROFAE apresenta interesse no desenvolvimento de uma Política de Educação Profissional para a saúde, dando centralidade às ETSUS, consideração relevante e necessária para tornar possível o fortalecimento orçamentário e político nessas instituições.

Para a área de formação dos trabalhadores técnicos do SUS, em 2000, a Portaria n.º 1.298, que foi apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), instituiu a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS (RET-SUS), buscando realizar a articulação entre as instituições em todo o Brasil. As ETSUS que compõem esta rede respeitam as características políticas locais, econômicas e sociais.

O artigo primeiro desta portaria apresenta os objetivos desta Rede:

Art. 1º Instituir a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), com os seguintes objetivos: compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos de nível médio em saúde (BRASIL, 2000).

Diante dos objetivos apresentados, a Portaria garantiu as atribuições da Rede na formação de trabalhadores técnicos de nível médio em saúde, aumentando a centralidade nas políticas da área, relacionadas ao Trabalho e à Educação na Saúde. Neste contexto, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, representou uma importante conquista para a visibilidade das questões relacionadas ao trabalho em saúde que vai incidir sobre o trabalho desenvolvido nas ETSUS.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a SGTES tem como atribuição a formulação de políticas públicas no eixo da gestão, formação e qualificação de trabalhadores, bem como a regulação profissional na área da saúde no Brasil. Apesar dos avanços ocorridos no mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003 a 2011) para Vieira e Chinelli (2013) prevaleceu a inserção de políticas de forma fragmentada, com poucos avanços no reconhecimento dos profissionais de nível técnico.

Neste cenário, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi implantada pela SGTES por meio da

Portaria Ministerial n.º 198, em 2004 (BRASIL, 2004). A referida portaria instituiu-se como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e se configurou como uma política capaz de resgatar a discussão da formação da classe trabalhadora em décadas anteriores.

Esta política se atualizou pela Portaria Ministerial n.º 1.996, de 2007, e permaneceu com a centralidade de discutir a formação de trabalhadores de acordo com as necessidades de seu trabalho (BRASIL, 2007). Para Cardoso *et al.* (2017), o que permeia a diferença entre as duas portarias está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados do Brasil, considerando-se que em se tratando de educação deve haver colaboração entre a União e os entes federados.

Em análise sobre a PNEPS, Ramos (2010) apresenta que, diferente do foco na formação de trabalhadores que não detinham qualificação específica para atuação na área desenvolvida pelo Projeto Larga Escala, a PNEPS buscou atualizar as práticas daqueles que possuíam formação, mas careciam de “passar por transformações” (RAMOS, 2010, p. 62).

Ao analisar esta política, Vieira *et al.* (2006, p. 69) apresentaram o seguinte parecer:

Na análise dos Pareceres Técnicos aprovados, constatou-se que a maioria das ações se constitui em cursos predominantemente de curta duração (considerou-se cursos de curta duração, aqueles com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Ao que tudo indica, tais ações não contribuem para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela Política, qual seja, na articulação dos diversos programas já em andamento e superação de caráter fragmentado.

Assim, vê-se que ainda há desafios a serem enfrentados em relação à formação ofertada aos trabalhadores da área da saúde, em especial aos trabalhadores de nível médio, mesmo existindo uma Política Nacional direcionada à Educação Permanente em Saúde. Conforme apresentado por Vieira *et al.* (2006), trata-se de um desafio para a proposta desta política, ao considerar-se que cursos de pequena duração podem apresentar limitações teóricas e práticas, o que dificulta reflexões e análises vindas dos trabalhadores no período de estudo e, desta forma, pode fragilizar a sua formação.

Para o cenário do trabalhador de nível médio, Vieira e Chinelli (2013, p. 1598) chamam a atenção para os programas voltados à sua capacitação profissional, a fim de que estejam próximos aos seus interesses, tendo em vista a contínua necessidade de considerar

a relação trabalho e educação no SUS, a partir da compreensão historicamente multideterminada da qualificação, levando-se em conta a constituição dos grupos ocupacionais, assim como as concepções que os sujeitos políticos coletivos envolvidos nesses processos possuem acerca do trabalho e da Educação Profissional em Saúde. Isso inclui, ainda, perceber de que forma esses trabalhadores estão organizados e identificar se e como o tema aparece na agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Além do que analisam Vieira e Chinelli (2013), os desafios referentes à PNEPS, como uma estratégia de potencializar sua prática, de modo especial, ocorrem pelo fato de existir a necessidade de adequação dos seus espaços. Os serviços de saúde carecem de uma formação que envolva os trabalhadores na realização de ações de promoção, proteção e recuperação

da saúde. Desse modo, ao articular trabalho, educação e saúde, torna-se pertinente estar atento às características que os envolvem.

Ademais,

o ensino na saúde implica não só transformação da prática, mas principalmente investimento cognitivo para ampliar o sentido dessas práticas. Durante muito tempo, o olhar profissional se reduziu à doença, ao órgão acometido patologicamente, à aprendizagem estruturada nas intervenções técnicas, no arcabouço teórico, nos protocolos e consensos analíticos. Hoje, já se fala em outras ações terapêuticas, como a dança, a música, o riso, a fé, o esporte, o ambiente, o alimento, a família, os animais, os sonhos – signos que possibilitam novas respostas celulares, conexões alternativas, sinapses autorregenerativas, reação a sistemas invasivos, etc. Olhar para essas potencialidades significa reaprender a pensar a saúde e o cuidado (NIDECK; QUEIROZ, 2015, p. 175).

Por esta razão, observa-se que o setor saúde, no Brasil, apresentou nítidas mudanças em relação às políticas públicas de saúde e de Educação Profissional no decorrer de sua história. Neste sentido, a necessidade de adequação ao modelo de atenção à saúde desenhou a trajetória da formação de recursos humanos para a área, inclusive a dos trabalhadores que já estão inseridos nos serviços e que formam o público-alvo das ETSUS.

Atrelada a interesses econômicos, essa influência desafiou as instituições quanto à formação de trabalhadores que, por muito tempo, seguiram uma orientação hospitalocêntrica, direcionando sua formação somente para a realização técnica do serviço de saúde, não com o objetivo de ofertar a formação

humana necessária para lidar com questões e tensões específicas do trabalho.

Destaca-se, assim, a importância das ETSUS como espaço de formação por serem instituições que rompem com a proposta tecnicista e fragmentada encontrada na formação dos trabalhadores de nível técnico fora de seus espaços de trabalho.

Em 2009, em continuidade ao PROFAE, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) por meio da Portaria n.º 3.189 (BRASIL, 2009, o qual buscou fortalecer a formação especializada de trabalhadores para a saúde em regiões de difícil acesso, dando centralidade às ETSUS e Escolas de Saúde Pública vinculadas às gestões estaduais e municipais e com prioridade na formulação, execução técnica e pedagógica dos cursos desenvolvidos pelo projeto.

Na análise de Costa (2014, p. 58) sobre a implantação do PROFAPS da Bahia,

outros avanços observados foram no sentido do fortalecimento da instituição formadora e do aprimoramento de conhecimento do seu corpo técnico, devido ao acúmulo de conhecimentos resultantes dos processos de construção coletiva dos materiais didáticos dos cursos, fruto do trabalho desenvolvido pelos técnicos da EFTS e técnicos das instituições parceiras.

É possível observar que esses projetos e programas apresentam propostas inseridas, de forma centralizada, na oferta de cursos nas ETSUS. Dessa forma, a caminho do seu fortalecimento, esse fator contribui com uma maior experiência em propostas de formação para a equipe atuante nas Escolas, como também aumenta o vínculo com trabalhadores que fazem parte dos serviços de saúde.

Sório e Lamarca (1998) destacam que, no mundo do trabalho, as mudanças tornaram a atuação das ETSUS ainda mais complexa, diante da constante transformação tecnológica e cultural do mundo globalizado e de sua implicação nas práticas do trabalhador, a partir das quais são exigidos trabalhos técnicos e conceituais.

Pochmann (2012, p. 500), ao discutir sobre as transformações da formação, destaca que

para haver educação para o ciclo completo da vida (infância, adulto e velhice), cuja expectativa aproxima-se dos 100 anos de idade, os sistemas de formação profissional precisam incorporar cada vez mais os pressupostos do diálogo desenvolvido pelo conjunto dos atores sociais. Novas formas de produção e de reorganização do trabalho não existem sustentavelmente sem uma base recorrente de educação e formação profissional.

151

Diante das constantes transformações na sociedade, especialmente na educação e no trabalho, é importante identificar e avaliar permanentemente as iniciativas da Educação Profissional em Saúde, para que os cursos ofertados nas ETSUS não percam, em sua essência, os referenciais políticos e epistemológicos necessários para a formação de trabalhadores que atuam ou atuarão no SUS.

No que tange aos projetos e programas desenvolvidos nos anos 2000, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) foi regulamentado pela Lei n.º 12.513/2011, ao alegar a necessidade de mão de obra qualificada (MELO, 2015). Uma análise do discurso do PRONATEC, de acordo com Melo e Silva (2017, p. 3), faz ponderar que,

traçando uma relação entre o discurso, a Lei proposta para o Pronatec e ações constadas no Programa, observamos que existe um discurso oficial anunciado, legitimado pela Lei, que orienta as ações voltadas para a Educação Profissional. É o discurso do capitalismo, da centralidade na dimensão econômica e, em consequência, do que interessa ao mercado para que o seu fortalecimento possa fortalecer a reprodução ampliada do capital.

Destaca-se que a Educação Profissional e, no contexto deste trabalho, a Educação Profissional em Saúde, busca utilizar a concepção do trabalho como princípio educativo, seguindo a corrente desenvolvida por Gramsci, que compreende o trabalho em sua vertente ontológica, não limitada à função essencialmente técnica (SEMERARO, 2015). Ao compreender o trabalho em seu sentido ontológico, busca-se ofertar aos sujeitos uma formação focada em uma perspectiva integrada e não apenas nos interesses do capital.

A proposta do PRONATEC, de acordo com Ramos apud Guimarães (2013), não segue esta proposta devido à concepção apresentada sobre a Educação Profissional, limitada aos cursos ofertados, fazendo com que trabalhadores apenas migrem de um curso para outro. O Catálogo de Cursos Técnicos disponibilizado pelo Ministério da Saúde disponibiliza 29 cursos, apenas para o eixo Ambiente e Saúde² (BRASIL, 2016).

2 São cursos disponíveis no eixo Ambiente e Saúde: Técnico em agente comunitário de saúde, Técnico em análises clínicas, Técnico em citopatologia, Técnico em controle ambiental, Técnico em cuidados de idosos, Técnico em enfermagem, Técnico em equipamentos biomédicos, Técnico em estética, Técnico em farmácia, Técnico em gerência de saúde, Técnico em hemoterapia, Técnico em imagem pessoal, Técnico em imobilizações ortopédicas, Técnico em massoterapia, Técnico em meio ambiente, Técnico em meteorologia, Técnico em necropsia, Técnico em nutrição e dietética, Técnico em óptica, Técnico em ór-

Em algumas notícias publicadas em sites do Ministério da Saúde, foi identificado que em 2016, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde articularam uma parceria para oferta de vagas de cursos de Educação Profissional técnica, na área da saúde, de acordo com as orientações do PRONATEC. Contudo, inicialmente, apenas quatro ETSUS se adequavam a esta parceria por estarem vinculadas a uma Secretaria de Educação (BRASIL, 2016).

Em resumo, apesar da ampliação de vagas para a formação em cursos técnicos, o referido programa representa a lógica neoliberal por sua grande articulação com instituições privadas de ensino, o que dificulta o acompanhamento e avaliação da qualidade dos cursos oferecidos aos jovens e adultos. Assim, é válido um questionamento sobre a qualidade da formação ofertada aos trabalhadores da área da saúde pelo PRONATEC.

Em 2017, o antigo portal eletrônico da RET-SUS indicava a existência de quarenta Escolas nas cinco regiões do país.

Essas ETSUS ofertavam os seguintes cursos: Técnico de Nível Médio em Saúde Integrado ao Ensino Médio; Técnico em Agente Comunitário de Saúde; Técnico em Análises Clínicas; Técnico em Atendimento Pré-Hospitalar; Técnico em Citopatologia; Técnico em Enfermagem; Técnico em Farmácia; Técnico em Gerência em Saúde; Técnico em Hemoterapia; Técnico em Imobilização Ortopédica; Técnico em Nutrição e Dietética; Técnico em Órteses e Próteses; Técnico em Prótese Dentária; Técnico em Radiologia; Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos; Técnico em Registros e Informações

teses e próteses, Técnico em podologia, Técnico em prótese dentária, Técnico em radiologia, Técnico em reabilitação de dependentes químicos, Técnico em reciclagem, Técnico em registros e informações em saúde, Técnico em saúde bucal e Técnico em vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

em Saúde; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Segurança do Trabalho; Técnico em Vigilância em Saúde e Técnico Integrado ao Ensino Médio, na Modalidade de Jovens e Adultos, em Radiologia.

Registra-se que o então portal eletrônico da RET-SUS, possuidor de um grande acervo da história das Escolas, foi substituído por uma página reduzida no portal do Ministério da Saúde, além de terem sido retiradas de circulação eletrônica as edições da Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS, antes disponibilizadas de maneira gratuita e de fácil acesso. Isso representa um enorme retrocesso para o meio acadêmico e científico, pois retira do investigador um espaço de confirmação oficial e, do cidadão, um espaço que possibilitava de certo modo o controle social, ambos em grande medida responsáveis pelo acompanhamento da trajetória histórica destas instituições. Há de se destacar, também, um processo de transformação das ETSUS em Escolas de Saúde Pública. Este movimento silencioso e desligado de debates civis demonstra a invisibilidade destas escolas perante a sociedade. Os impactos desta modificação ainda não são mensuráveis, considerada a falta de transparência pública das decisões que emanam deste movimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo se propôs a apresentar e dialogar de forma reflexiva sobre a trajetória das ETSUS. Essas escolas representam uma conquista de direitos para a população brasileira através da Educação Profissional em Saúde. As ETSUS dão ênfase à formação de nível médio e elementar de trabalhadores que se encontram inseridos nos serviços públicos de saúde do Brasil.

Contudo, identifica-se que, apesar da sua relevância para os serviços de saúde e para a sociedade, há ainda desafios a serem enfrentados, em especial os que envolvem o reconhecimento desses trabalhadores e da necessária qualificação desses para a melhoria dos serviços de saúde, como garantia de um direito constitucional.

Diante desses desafios, cabe-nos questionar a lógica que perpassa a formulação das políticas que chegam às ETSUS, pautando-nos em perguntas como: Qual a origem social dos trabalhadores em saúde? Qual o seu reconhecimento no trabalho em equipe? Qual o seu espaço nos serviços? Talvez, se pararmos para responder apenas uma destas perguntas, veríamos que há ainda muito que avançar e questionar diante do espaço que estes trabalhadores ocupam e os que merecem ocupar dentro dos serviços de saúde no Brasil; o que demanda novos desafios para as ETSUS e a sua nova institucionalidade.

Identifica-se, nesta pesquisa, que as ETSUS travaram uma batalha de autoafirmação no decorrer das últimas décadas, sendo beneficiadas, apenas, nos acordos dos interesses das políticas governamentais, sempre em zigue-zagues, semelhantes aos caminhos bifurcados percorridos pelo SUS.

Ademais, é necessário, para concluirmos as reflexões sobre as quais nos debruçamos neste estudo, anunciar e denunciar que as ETSUS se encontram em um cenário de ameaça e de

insegurança à sua institucionalidade, como espaço educativo de formação de trabalhadores, enquanto instituições estatais para a área da formação em educação profissional em saúde no Brasil, por ações que as vêm tornando cada vez mais invisíveis à sociedade em nome de mudanças pouco discutidas em seus espaços.

ARROYO, M. G. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. In: CASTRO, J. L.; MARTINS, M. I.; VILAR, R. L. A. (org.). **1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde: relatório geral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.64-80.

BORGES, F. T. *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a20.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.298, de 28 de novembro de 2000. Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 229-E, p. 58, 29 nov. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/11/2000&jornal=1&pagina=58&totalArquivos=167>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 32, p. 37-41, 16 fev. 2004. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/02/2004&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=72>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/08/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=160>. Acesso em: 5 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.189, de 18 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 2.208, de 17 de abril de 1997**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2208-17-abril-1997-445067-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 jul. 2019.

CABRAL NETO, A. **Mudanças socioeconômicas e políticas e suas repercussões no campo da política educacional**. Natal: Mimeo, 2012.

CARDOSO, M. L. M. *et.al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1489.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

CASTRO, J. L. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2008.

CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P.; NOGUEIRA, R. P. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CÊA, G. S. S.; REIS, L. F.; CONTERNO, S. PROFABE e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 139-160, mar./jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/07.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

COSTA, C. W. C. **Implementação de políticas nacionais para formação técnica em saúde no Estado da Bahia**: o caso do

PROFAPS. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

GERMANO, R. M. **CEFOPE/RN**: uma experiência de formação de recursos humanos em saúde: 1984-1996. Natal: SESAP/RN, 1996.

GUIMARÃES, C. **Pronatec**: qualificação e trabalho sob demanda. Rio de Janeiro: ESPJV/ Fiocruz, 2013.

KUENZER, A. Z. A educação profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de inclusão. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 96, p. 877-910, out. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302006000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a12v2796.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

LIBÂNIO, J. C. O dualismo perverso da escola pública brasileira: escola do conhecimento para os ricos, escola do acolhimento social para os pobres. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-28, jan./mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022011005000001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/aop323.pdf>. Acesso em 20 jul. 2019.

MARQUES, C. M. S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, v. 2, n. 5, p. 17-27, maio, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23\(2\)047.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)047.pdf). Acesso em 20 jul. 2019.

MATHIAS, M. **RET-SUS**: 10 anos Resgate da trajetória da rede, análise do presente e avaliação do futuro. Rio de Janeiro: ESPJV/ Fiocruz, 2011.

MELO, T. G. S. **O Pronatec e o processo de expansão e privatização da Educação Profissional no Brasil**. 2015. 137f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

MELO, T. G. S.; SILVA, L. M. Pronatec e a reforma do ensino médio: reflexões sobre as implicações para a qualidade da educação. *In: COLÓQUIO NACIONAL, 4;* I COLÓQUIO INTERNACIONAL, 1., 2017, Natal, RN. **Anais [...]**. Natal: IFRN; 2017. p.1-14. Tema: A Produção do Conhecimento em Educação Profissional. Disponível em: <https://ead.ifrn.edu.br/coloquio/anais/2017/trabalhos/eixo1/E1A50.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

MOURA, D. H. Mudanças na sociedade brasileira dos anos 2000 limitadas pela hegemonia do neoliberalismo: implicações para o trabalho e para a educação. *In: MOURA, D. H. (org.). **Produção de conhecimento, políticas públicas e formação docente em educação profissional***. Campinas: Mercado de Letras, 2013. (Série Educação Geral, Educação Superior e Formação Continuada do Educador). p.109-140. Disponível em: <https://www.mercado-de-letras.com.br/resumos/pdf-20-02-14-0-53-07.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

NIDECK, R. L. P.; QUEIROZ, P. P. Perspectivas para o ensino na saúde: do ‘apagão educacional’ à política de educação permanente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159-180, jan./abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-00022.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

NOSELLA, P.; BUFFA, E. As pesquisas sobre instituições escolares: balanço crítico. *In: Navegando na história da educação brasileira*. 2006. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos_pdf/Paolo_Nosella_artigo.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PEREIRA, I. B. **A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 254f. Tese (Doutorado em Educação: História, Política, Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

162

POCHMANN, M. Trabalho e formação. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2175-62362012000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/edreal/v37n2/09.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

PRONKO, M. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

RAMOS, M. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 153-173, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v7s1/08.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

RAMOS, M. N. Indicações Teórico Metodológicas para elaboração de currículos na Educação Profissional de nível técnico em saúde. *In: CASTRO, J. L. PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 55-86.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; UFRJ, 2010.

SANTOS, I. Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS). **Formação**, v. 2, n. 5, p. 87-95, 2002.

SANTOS, I. *et al.* **Avaliação e certificação de competências profissionais dos auxiliares de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

SEMERARO, G. A concepção de trabalho em Gramsci: constituição ontológica e princípio educativo. **Trabalho e Educação**, v. 24, n. 1, p. 233-244, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9422/6716>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SÓRIO, R. PROFAE: resultados e desafios. *In: CASTRO, J. L.; MARTINS, M. I.; VILAR, R. L. A. (org.). 1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política de formação em saúde: relatório geral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 56-63.

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos desafios das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 147-164, jul./dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/07.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de

90 em destaque. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a09.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

VIEIRA, M. Recursos Humanos. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, jan./jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/11.pdf>. 31 jul. 2019. Acesso em: 31 jul. 2019.

164

VIEIRA, M. *et al.* **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde: relatório final. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS), 2006.

O SUS é uma escola: estratégias de integração educação-trabalho na Bahia

Laise Rezende de Andrade | laiseandrade@hotmail.com

Dra. em Saúde Pública; profa. do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia

Marcele Carneiro Paim | celepaim@hotmail.com

Dra. em Saúde Pública; profa. do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia

A reflexão crítica, a partir da troca de experiências, e os conhecimentos produzidos e acumulados no ambiente de trabalho são considerados base estruturante para as ações de formação dos trabalhadores e gestores na saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sujeitos críticos e autônomos. Desta forma, para que se possa pensar acerca de mudança nessa formação e do processo de ensino-aprendizagem, torna-se necessário refletir sobre a integração educação-trabalho na saúde (ANDRADE *et al.*, 2018).

O conceito de integração educação-trabalho assumido nesse texto compreende como um trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores da área da saúde com trabalhadores das equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, no sentido de promover a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços, sempre considerando a realidade social. Essa integração pressupõe um alinhamento entre as áreas de conhecimento quanto às diversas atividades pedagógicas realizadas nos cenários das práticas da rede de serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Não é recente a preocupação com a “desintegração”, prova disso são as históricas iniciativas de integração ensino-serviço no país, tais como o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), criado na década de 1980 pelo Ministério da Educação com o objetivo de articular a academia e os serviços de saúde através da inserção de alunos nas unidades de atenção primária (COSTA; KALIL; SADER, 1999).

Outras diversas experiências de programas de integração ensino-serviço foram desenvolvidas a partir da reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, em busca de reorientar projetos de formação para as realidades locorregionais, partindo de premissas da integralidade do cuidado e trabalho em equipe. Exemplos clássicos foram os projetos UNI, IDA (Movimento de integração docente-assistencial), Rede Unida na década de 1990, Promed (Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas) nos anos 2002, VerSUS (Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde), AprenderSUS e EnsinaSUS, em 2004, bem como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no mesmo ano e, em 2005, os programas Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) (FERLA; PINTO, 2017).

Observa-se, portanto, que o Brasil vem experimentando projetos e programas de integração ao longo de décadas e um marco importante no campo da política pública foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. *Locus* que agregou atores político e institucionais da academia que participaram dessas experiências de integração referidas.

Na SGTES, o campo fértil e a janela de oportunidade política permitiram a criação da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS (PNEPS), instituída através de Portaria Ministerial da Saúde nº 198/2004, com o intuito de adequar a formação profissional e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, para que estejam vinculados aos princípios da integralidade da atenção e respondam às necessidades dos serviços de saúde. As estratégias desenvolvidas por essa política, a exemplo dos polos de educação permanente, promoveram intensos debates em todos os estados brasileiros,

levando trabalhadores, professores, representantes do controle social e estudantes a debaterem processos formativos que respondessem às necessidades locais. Em 2007, a PNEPS foi reescrita através da portaria MS 1.996, atualizando as diretrizes para sua implementação (BRASIL, 2007).

Essa movimentação, em âmbito nacional, repercutiu na Bahia e, em 2011, a Secretaria da Saúde do Estado (SESAB) publicou a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES) que apresenta princípios e diretrizes para educação em saúde: o trabalho “como um processo educativo, criativo, comunicativo, de corresponsabilização e produtor de sentidos e significados”; organização interdisciplinar dos processos educativos e de trabalho; investimento na educação permanente como estratégia de qualificação e transformação do processo de trabalho em saúde (BAHIA, 2011).

Essas diretrizes orientam a gestão dos programas de integração educação-trabalho da Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) e também da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SESAB.

Destaca-se que, além de atuar na qualificação de trabalhadores e gestores do SUS, é também papel da ESPBA a regulação de estágios de todos os níveis de formação na perspectiva de ordenar a formação em recursos humanos para o SUS, conforme previsto na Constituição federal e na Lei Orgânica do SUS 8.080 de 1990.

O presente relato de experiência, abordado neste capítulo, tem por objetivo apresentar, através de uma análise crítica, o panorama atual da integração educação-trabalho na rede SESAB em seus diferentes níveis de formação no âmbito estadual, a partir do pressuposto de que a educação é transformadora das práticas de cuidado e gestão na saúde e, portanto, potencializadora do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, para apresentar o impacto dessas atividades na formação em saúde e no SUS-BA, a seguir, são destacadas algumas ações da ESPBA no processo de integração educação- trabalho na rede estadual de saúde.

A REGULAÇÃO DE CAMPOS DE ESTÁGIO NA REDE SESAB

Considerando o extenso território do estado da Bahia com seus 417 municípios e a amplitude da rede de serviços da SESAB, que é distribuída em todas as regiões do estado, o desafio da integração educação-trabalho, ao tempo em que se coloca como urgente, também se apresenta como um grande desafio.

A mudança de gestão na SESAB, em 2007, abriu um campo de possibilidades de desenvolvimento de novas ações de integração educação trabalho. A partir dessa oportunidade política e institucional, foram criadas a Coordenação de Integração da Educação com o Trabalho na Saúde (CIET), em 2008, e o Núcleo de Residências da Saúde (NURES), em 2015, com vistas a aprofundar o debate e melhorar a gestão de estágios e residências médicas e multiprofissionais na rede, reconhecendo as peculiaridades de cada um desses níveis de formação, seus fluxos interinstitucionais junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, Conselhos de Classe, Instituições de Ensino Superior (IES) e Estabelecimentos de Saúde (ES).

A CIET e o NURES atuam no desenvolvimento de estratégias voltadas para o estabelecimento de novas relações de compromisso e responsabilidade das IES e dos ES com a defesa e implementação do SUS. Tudo isso por meio da integração entre educação e trabalho.

Uma das mais inovadoras estratégias de integração foi realizada, no âmbito da CIET, no que concerne à regulação de campos

de prática. O cenário que se apresentava era de crescimento do número de instituições de ensino superior que disputam a rede SESAB como espaço de ensino-aprendizagem. Não havia na SESAB um setor responsável pela regulação e proliferam acordos individuais entre professores e trabalhadores dos serviços, carecendo de transparências nas pactuações, fluxos e avaliação sobre a qualidade de integração de estudantes na rede de atenção.

Buscando qualificar a relação IES-serviços, a CIET/ESPBA estabeleceu espaços sistemáticos de diálogo através de seminários e oficinas para pactuar formas e fluxos de regulação. Criou-se portarias, normativas, sistema informatizado de gestão de estágios e processo seletivo para IES, buscando garantir a isonomia e transparência necessárias para a gestão dessa integração. Após essas iniciativas, o número total de vagas reguladas aumentou mais de seis vezes e mostrou o real potencial da SESAB e da rede escola. Os gráficos que seguem apresentam o crescimento do número de vagas reguladas ao longo de oito anos, bem como sua distribuição por curso e estabelecimentos da SESAB.

Gráfico 1 - Número de vagas de estágio obrigatório reguladas na Rede SESAB entre 2011-2018

Vagas Reguladas de Estágio Obrigatório na Rede SESAB
2011 a 2018 (N=54.783)

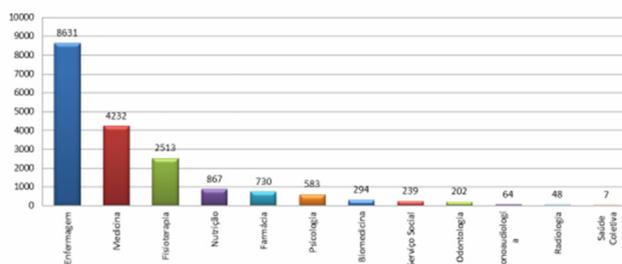


Fonte: ESPBA/SESAB (2019a)

Também foi possível demonstrar a abrangência de processos formativos para inúmeros cursos da saúde que são desenvolvidos no âmbito do SUS. Entre eles, graduações pouco debatidas como usuárias de campo de estágio, a exemplo da graduação em Saúde Coletiva e Tecnólogo em Radiologia.

Gráfico 2 - Número de vagas de estágio obrigatório reguladas na Rede SESAB entre 2011-2018, por curso de graduação

Vagas Reguladas por Graduação na Rede SESAB, 2018 (N=18.410)

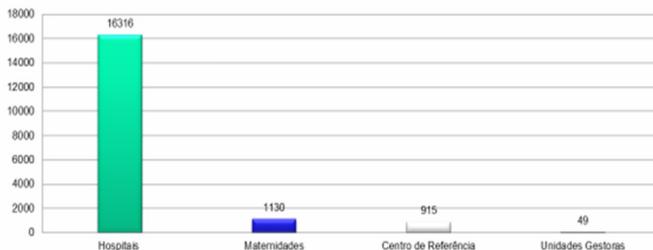


Fonte: ESPBA/SESAB (2019a)

A ampla opção por estágios na rede hospitalar denuncia, por seu turno, como o processo de formação em saúde ainda tem cunho hospitalocêntrico e permite pensar estratégias de intervenção junto as IES, com vistas reorientar a formação de futuros profissionais a partir dessa integração educação-trabalho, como, por exemplo, maior participação de trabalhadores do SUS na construção e acompanhamento de processos formativos.

Gráfico 3 - Número de vagas de estágio obrigatório reguladas na Rede SESAB entre 2011-2018, por tipo de estabelecimento de saúde da Rede SESAB

Vagas Reguladas por Grupos de Unidades na Rede SESAB, 2018
(N=18.410)



Fonte: ESPBA/SESAB (2019b)

172

O trabalho da ESPBA, na regulação de vagas de estágio, transcende a concessão de campos de prática, pois se constitui a partir de oficinas de pactuação com IES e serviços, em busca da maior e melhor integração desse processo formativo, que pensa na interprofissionalidade, nas peculiaridades de cada clínica, especificidades dos estabelecimentos de saúde e nas matrizes curriculares diversas de cada IES que compartilha o campo de estágio na Rede SESAB.

Programas de estágios não obrigatórios cotidiano SUS na Rede SESAB

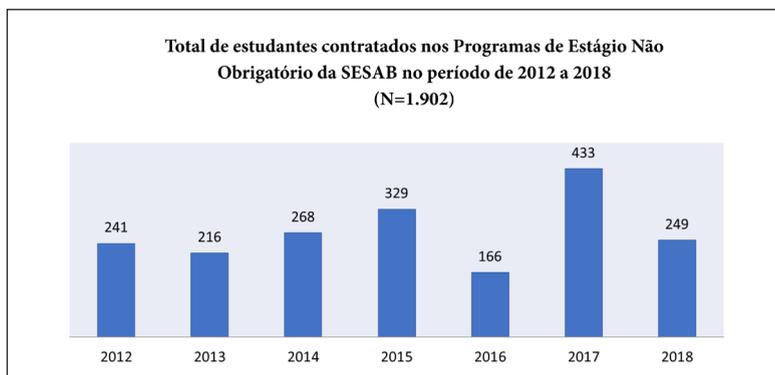
A função de rede escola que caracteriza a SESAB se estende ainda para programas de estágios não obrigatórios que têm como objetivo potencializar os espaços de gestão no SUS-BA,

enquanto campos de prática, fomentando a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a vivência dos desafios da operacionalização de um sistema público, gratuito e universal. Os programas são voltados para todos os cursos da área da saúde, além de outras graduações estratégicas para o SUS como, por exemplo, os cursos de Direito, Administração, Contabilidade, entre outras.

A riqueza desse processo de ensino-aprendizado, na rede, é o fato dos estudantes experimentarem várias estratégias de planejamento e gestão de políticas públicas no campo da saúde. Isso tem fortalecido a compreensão sobre o funcionamento do SUS e sua importância social através dos impactos de suas ações.

Esses estudantes permanecem na rede, por um ano, sendo acompanhados a partir de um plano de atividades e por mediadores de sua mesma graduação. Desde 2012, quando foi iniciado o programa, já foram contratados, com recebimento de bolsa auxílio, 1.902 estudantes.

Gráfico 4 - Número de estagiários contratados através de Programas de Estágio Não Obrigatório para graduação na Rede SESAB entre 2012-2018



Fonte: ESPBA/SESAB (2019a)

Nesse programa, a SESAB investe mais de 1.000.000,00 (um milhão de reais/ano), manifestando sua intenção de valorizar processos formativos no e para o SUS.

Um desafio é a necessidade de maior presença das IES nesses processos de estágio não obrigatório, pois elas poderiam qualificar ainda mais o processo de aprendizagem dos estudantes, bem como levar para a universidade a riqueza dos conhecimentos produzidos na gestão em saúde no SUS.

Outro importante programa de estágio não obrigatório é dirigido a estudantes de nível médio/técnico. É clara a importância de criar espaços de integração educação-trabalho para o nível médio, afinal, são os profissionais que mais mantêm contato com os usuários e família, estando a frente do processo de cuidado em saúde.

Esse programa compõe um projeto maior de ação social chamado Programa 1º Emprego, que visa combater o desemprego de jovens no estado da Bahia através da inserção de estudantes egressos da educação profissional no mercado de trabalho. Portanto, o Programa de Estágio, que antecede o Primeiro Emprego (PEPE,) vem sendo desenvolvido pela SESAB, desde 2017, e acontece em parceria com a Secretaria de Educação, Trabalho e Esporte (SETRE) e a Secretaria de Educação e Cultura (SEC).

O objetivo do PEPE é inserir estudantes de diversas áreas técnicas na realidade do SUS em parceria com hospitais, maternidades, núcleos regionais de saúde, centro de referência e unidades de emergência estaduais, além das áreas de gestão da SESAB. Dessa forma, são disponibilizadas vagas de estágios na Rede Estadual da Saúde, que são distribuídas por municípios de diferentes regiões, contempla cursos técnicos de nível médio voltados à área de saúde e áreas afins e prepara esses jovens para o mercado de trabalho, o que faz gerar

renda, tendo em vista que recebem bolsa auxílio e transporte para frequentar o estágio. Também são certificados pela ESP-BA por esse processo formativo.

Assim, a ESPBA vem, historicamente, favorecendo a integração educação-trabalho no Cotidiano do SUS, de forma ampliada para diferentes níveis de formação, guiada sempre pelo compromisso de fortalecimento do SUS na Bahia.

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NA BAHIA

Os Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde são direcionados aos profissionais de saúde sob a modalidade pós-graduação *lato sensu* (especialização), diferenciadas pelas características da educação em serviço. Considerada “padrão ouro” de formação, a residência vem propiciando transformações na qualidade da assistência em saúde e determina necessidades de organização de processos de educação na saúde através da articulação entre os sistemas de saúde e educação (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Observa-se, a partir de 2015, com a criação do NURES, a ampliação de processos voltados para a organização da oferta e viabilização de estágios na gestão e no serviço dos programas de residência em saúde da Rede SESAB ou daqueles financiados com recursos do Tesouro Estadual. Enquanto responsável pela gestão das residências no estado e formação de especialistas para o SUS, a ESPBA atua em articulação com a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM-BA) e com a Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (CEREMAPS-BA).

Atualmente, a SESAB financia, com recursos próprios, cerca de 65% das bolsas de residentes médicos no estado, cons-

tituindo-se, portanto, no principal órgão mantenedor das bolsas de residência médica na Bahia. Mais de 1000 residentes ingressam, anualmente, no SUS-Bahia, através das bolsas da SESAB. Em 2019, foram 1.134 residentes; destes, 1.006 de Programas de Residência Médica, e 128 de Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. Dessa forma, corresponde a um investimento mensal de R\$ 3.776.741,64 e anual de R\$ 45.320.899,68 (BAHIA, 2019b).

Para atender às demandas da formação, em consonância com os princípios do SUS, a equipe NURES/ESPBA realiza uma gama de atividades no seu cotidiano de trabalho. Merecem destaque: regulação dos campos de práticas de formação em serviço dos estabelecimentos de saúde da Rede Própria/SESAB, sob gestão direta e indireta; qualificação de preceptores, tutores e secretárias dos programas; apoio à criação e ao credenciamento de novos programas; gestão do financiamento das bolsas SESAB dos residentes em saúde e coordenação pedagógica de programas de residência (PAIM; CARMO, 2018).

No que tange à coordenação pedagógica, a ESPBA, enquanto instituição formadora, é responsável pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e pelo Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF), ambos contemplados com bolsas de financiamento federal. O PRMFC é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC) desde 2010 e acontece através de parcerias com serviços de saúde, instituições de ensino e municípios.

O PERMUSE, por sua vez, é credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC), desde 2014, e articulado ao Conselho Estadual

dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-BA) com experiências de inserção dos residentes em, aproximadamente, trinta municípios baianos. Contempla sete profissões de saúde: enfermagem, odontologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicologia e educação física (BAHIA, 2019b).

Para as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a ESPBA/SUPERH faz também a gestão processo seletivo unificado para ingresso nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (modalidades Uni e Multiprofissional) do estado da Bahia e realiza, anualmente, a matrícula e acolhimento dos novos residentes.

Compreende-se que as ações de educação-trabalho desenvolvidas pela ESPBA, no âmbito das residências, tais como concessão de bolsas, criação de novos programas, e ampliação de vagas em programas já existentes, constituem-se em relevantes estratégias para responder às demandas e contribuir para uma melhor distribuição geográfica de profissionais no estado, considerando as necessidades de saúde locais e as regiões com maior vulnerabilidade. Entretanto, é relevante registrar a grande concentração de programas de residência na capital, bem como o fato da maioria da oferta de vagas de residência no estado está centrada na rede hospitalar.

A despeito da importância dos hospitais na organização da Rede de Atenção à Saúde ser indiscutível, tanto por sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, quanto pelo tipo de serviços ofertados e considerável volume de recursos investidos, cabe refletir sobre a presença preponderante da lógica hospitalocêntrica no processo de formação em saúde.

Nesse sentido, a ESPBA vem buscando também desenvolver ações de forma contra-hegemônica, visando priorizar áreas com carência assistencial e de formação para o SUS. Assim,

em busca da interiorização, da descentralização e da regionalização dos programas de residência em saúde e de formação de preceptores, a ESPBA vem atuando no ordenamento, regulação da formação em serviço, desenvolvimento profissional e sua relação com a transformação das práticas de atenção à saúde com vistas ao fortalecimento de políticas públicas estratégicas para formação e provimento de profissionais para o SUS. Trata-se, ainda, de uma aposta no potencial de fixação do residente na região onde ele realiza essa formação especializada (PAIM; CARMO, 2018).

ARTICULAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Através de ações coordenadas entre CIET e NURES, desde junho de 2017, a ESPBA vem conduzindo um grupo de trabalho (GT) com as IES públicas do estado da Bahia, para potencializar a integração educação e trabalho em saúde, isso nas unidades da rede como campo de prática de forma regionalizada. Esse grupo é composto por universidades públicas estaduais e federais com o objetivo de discutir sobre campos de prática, estágios, residências em saúde, parcerias e suporte técnico pedagógico para qualificação dos hospitais da Rede SESAB com vistas à certificação como hospitais de ensino.

Compreende-se o hospital de ensino como campo privilegiado para pesquisa e incorporação tecnológica baseada em evidências, devendo se constituir como uma estratégia para apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação em saúde ao nível de graduação e residências e investindo no aprimoramento e intensificação da integração ensino-serviço, tudo em conformidade com as diretrizes do SUS (BAHIA, 2019a).

A partir desse trabalho, diversas atividades vêm sendo desenvolvidas na ESPBA, tais como: realização de encontros; construção de agenda e cronograma; escuta de demandas contextualizadas; elaboração de instrumento diagnóstico/plano de ação por IES; fortalecimento de parcerias para credenciamento de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade; elaboração de proposta para preceptoria, haja vista o quantitativo de profissionais que desempenham a função e não recebem gratificação; definição de áreas prioritárias e unidades por município/macrorregião de saúde que tenham IES públicas, bem como por IES e hospitais que tenham programas de Residência em Saúde (BAHIA, 2019a).

Vale ressaltar que, com base no conceito de apoio integrado, o apoio pedagógico institucional desenvolvido pela ESPBA tem se revelado um caminho interessante por incentivar uma melhor organização regional da assistência em saúde e agregar a experiência de diferentes instituições. Nesse sentido, compreende-se o apoio integrado como uma estratégia que

busca privilegiar a função formativa para estabelecer relações construtivas entre as três esferas de governo, funcionando como um dispositivo de apoio à gestão e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal. O propósito é o de intermediar e promover a cooperação técnica aos sistemas estaduais de saúde, a partir do envolvimento participativo e integrado de todas as áreas ministeriais, atuando assim como indutor de um reordenamento e qualificação na gestão do próprio Ministério da Saúde, pela necessidade de se estabelecer fluxos transversais de demandas e respostas integradas (BRASIL, 2012, p.10).

Nessa perspectiva, foram implementadas, por território, agendas de apoio pedagógico institucional da ESPBA para identificar o perfil docente-assistencial dos hospitais, observando o papel dessas instituições na formação dos profissionais, na educação permanente e na pesquisa de acordo com as necessidades do SUS e apoiar a criação, ampliação e requalificação de programas de residência prioritários para o SUS-BAHIA.

Dessa forma, a organização dos campos de prática para formação em saúde; o aprimoramento de atividades de ensino e pesquisa na rede, a intensificação da relação com universidades, a criação de novos programas de residência e a ampliação de vagas em programas já existentes, vêm sendo debatidos de forma articulada com os estágios de graduação e as residências em saúde.

Essas ações vêm possibilitando um espaço de maior articulação entre os sistemas de saúde e de educação no estado da Bahia em prol da qualificação da formação em saúde, que fortalece e legitima o papel do Estado enquanto agente ordenador e regulador desse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do pressuposto de que a educação é transformadora das práticas de cuidado e gestão na saúde e, portanto, potencializadora do Sistema Único de Saúde, acredita-se que o panorama apresentado permitiu reconhecer que a integração educação-trabalho no e para o SUS experienciada pela ESPBA se fortalece através de diálogos e construção coletiva de pactos com estudantes, professores, gestores, trabalhadores e usuários. Assim, realizar atividades de apoio pedagógico institucional de forma regionalizada é um dos propósitos e desafios da ESPBA.

Para a concretização de mudanças no processo de formação dos profissionais, faz-se necessária a parceria entre os setores da Saúde, Educação e Trabalho para que reflita na consolidação de novo perfil das práticas de saúde em consonância com as reais necessidades do SUS. Cabe destacar a importância da diversidade de atores e instituições com as quais se torna essencial dialogar, negociar, pactuar, considerando os diferentes interesses que permeiam essas relações. Nesse sentido, as experiências da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através do presente relato sobre as ações da sua Escola de Saúde Pública, revelam a potencialidade de articulações intra e interinstitucionais desenvolvidas com vistas à integração educação-trabalho na Rede SESAB em seus diferentes níveis de formação. É possível, portanto, depreender que tais iniciativas, no âmbito estadual, vêm se convertendo em formação de redes e ações “extramuros”, na medida em que envolvem uma diversidade de atores institucionais, setores e instituições.

É preciso também pontuar que os limites dessa integração são destacados, incluindo os estruturais como financiamento

e vontade político-administrativas no que concerne ao campo da educação na saúde. Além disso, alguns aspectos são desafiadores, por exemplo, a inexistência de uma Política de Residências Nacional ou Estadual que regulamente as competências para a formação em serviço na saúde.

Contudo, a Escola de Saúde Pública da Bahia vem apostando em estratégias de integração educação-trabalho para os diversos níveis de formação como fomento para qualificação e transformações das práticas de atenção à saúde. Desse modo, os esforços empreendidos e investimentos realizados pela Secretaria da Saúde ratificam o compromisso ético, político e social com a formação de novos profissionais de saúde para o estado da Bahia.

ALBUQUERQUE, V. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** [internet], v. 32, n. 3, p. 356-362, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100. Acesso em: 15 abr. 2018.

ANDRADE, L. *et al.* Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede SESAB. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 276-284, jul. 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/DSDSC-web.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ARAÚJO, E. F. S. *et al.* Referências Político-Institucionais e Normativas da Oferta de Programas de Residência no Brasil. *In*: AGUIAR, A. C. (org.). **Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2017. v. 1, p. 32-48.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Política estadual de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS Bahia**. 2. ed. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos, 2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Relatório de atividades do Programa de Qualificação da Rede SESAB para certificação como Hospital de Ensino**. Salvador: SESAB/ESPBA, 2019a.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis. **Relatório semestral de gestão 2019.1**. Salvador: SESAB/ESPBA, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=2860. Acesso em: 18 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/08/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=160>. Acesso em: 18 abr. 2018.

COSTA, H; KALIL, M; SADER, N. Rede UNIDA: Un nuevo actor social en el campo de las políticas públicas. *In*: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, C. M. (ed.). **La educación de los profesionales de la salud em Latinoamérica**: teoría y práctica de un movimiento de cambio. São Paulo: Hucitec, 1999. t. 1, p. 1-16.

FERLA, A; PINTO, H. Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. *In*: FERLA, A; PINTO, H. **I integrando universidade e sistemas locais de saúde**: experimentações, memórias e produções da educação pelo trabalho. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 4-20. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171167/001055533.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PAIM, M.; CARMO, D. Escola de Saúde Pública: apoio integrado para implantação e expansão de programas de residência em saúde no Estado da Bahia. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 296-305, jul. 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2018/07/DSDSC-web.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

Perfil dos docentes dos cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil: complexidades e desafios

Henrique da Silva Domingues | domingues.rique@gmail.com
Doutorando em Cuidados Integrals e Serviços de Saúde (Universidad de Jaén, Espanha)

Rosane Machado Rollo | rosanerollo@gmail.com
Mestre em Saúde Coletiva (PPGCOL/UFRGS)

Ana Paula Cappellari | anapcappe27@gmail.com
Mestranda em Saúde Coletiva (PPGCOL/UFRGS)

Franciele dos Santos Maciel | franciele.saudecoletiva@gmail.com
Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Rosana Maffaccioli | rosanamaffac@yahoo.com.br
Dra. em Enfermagem (PPGENF/UFRGS)

Cristianne Maria Famer Rocha | cristianne.rocha@ufrgs.br
Dra. em Educação (PPGEDU/UFRGS); profa. associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf/UFRGS)

O Movimento da Reforma Sanitária, em especial, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi determinante para a consolidação da Saúde Coletiva como um novo campo de saber e de práticas em saúde no Brasil. Tal movimento surgiu em meados da década de 1970 em um contexto de mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, diante da ditadura militar implantada no Brasil em 1964. Nessas mobilizações, foi marcante a ascensão do Movimento pela Reforma Sanitária na luta contra as desigualdades sociais, contra a mercantilização da saúde e para a construção de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (PAIM, 2007).

A importância do campo da Saúde Coletiva, para o país, é inegável em termos de garantia do direito à saúde e de uma saúde de qualidade, a partir da proposição de novos modelos técnico-assistenciais e de gestão do sistema. Para consolidar essas conquistas, cada vez mais tem sido foco de debate a formação dos profissionais que constituem o campo. Um dos debates passa a necessidade de ressignificar, na formação profissional, o que se entende por saúde e o que é necessário mobilizar para obtê-la. Essa reflexão tem provocado a busca de conhecimentos capazes de responder não somente as necessidades de saúde ligadas à clínica biomédica, mas também ao bem-estar/qualidade de vida individual e social, com vistas à promoção da saúde.

Outro debate contempla a necessidade de construir uma nova matriz de produção na saúde por meio de uma rede de

serviços públicos mais acessível, dispondo de profissionais comprometidos com as dimensões, simultaneamente, individual e coletiva/social da saúde. O impacto disso tem sido a transposição de um modelo de atenção corporativo-profissional-centrado para um modelo usuário-centrado (MERHY, 1998). Com esse redirecionamento, o Brasil passou a necessitar de profissionais capacitados para gerir os sistemas e serviços de saúde nesse novo modelo, habilitados para uma escuta qualificada dos problemas de saúde e humanizados para acolher/responder aos problemas em sua complexidade clínica e psicossocial (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A Saúde Coletiva apreende a saúde e seus determinantes com práticas voltadas para promoção e prevenção, com ações aos indivíduos, famílias e coletividades. Apesar de ser considerada uma área nova, especificamente sobre a formação de sanitaristas¹, é importante destacar que a presença desses profissionais no cenário da saúde brasileira acontece desde a década de 1920, época em que começaram a se estruturar os serviços de saúde pública no país. A partir da década de 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária e com a construção do campo da Saúde Coletiva, esses atores passaram a ter um papel ainda mais orgânico na saúde havendo, então, a demanda por uma formação compatível com a forma republicana de dispor serviços e ações à população. É nesse contexto que surgem os primeiros cursos de formação em Saúde Coletiva os quais, inicialmente, apresentavam-se como cursos de pós-graduação *lato sensu* (SANTOS, 2015).

A graduação em Saúde Coletiva é uma demanda que surgiu com a Reforma Sanitária, sendo o curso instituído com a fina-

1 O termo *sanitarista*, em função de sua historicidade no campo da Saúde Pública, tem sido utilizado para se referir aos egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, assim como os egressos de cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*.

lidade de formar um profissional capaz de preencher as lacunas existentes no sistema de saúde brasileiro. Inicialmente, as instituições de ensino que ofertaram os cursos de Saúde Coletiva foram levadas a planejar o currículo e a projetar o perfil dos docentes que estariam à frente desse desafio. A influência do curso sobre os discentes, durante e após a formação em Saúde Coletiva, inclui o delineamento da grade curricular e as especificidades técnico-científicas da formação, mas também as experiências e a trajetória profissional dos docentes, o que torna importante conhecer o perfil desses atores.

Observa-se que os cursos de graduação, pós-graduação *lato sensu* e programas de pós-graduação ligados à área da Saúde Coletiva adotam nomenclaturas diversas para as mesmas intenções em termos de diretrizes curriculares. O que se expressa são os deslocamentos técnicos e científicos que uma formação profissional em nível superior proporciona ao se solidificar no território da interdisciplinaridade (PAIM, ALMEIDA, 2014).

Diversos são os motivos que justificaram a implantação dessa modalidade formativa no país, dentre os quais, Castellanos *et al.* (2013) destacam três: responder ao aumento da demanda por profissionais com formação específica em Saúde Coletiva para atuar no Sistema Único de Saúde, já que que a oferta de disciplinas de Saúde Coletiva é, geralmente, marginalizada nas graduações da área da saúde; essa formação também reflete o acúmulo de experiências e um avanço decisivo na formação interdisciplinar em nível de graduação; e, por último, a formação de um novo ator social no campo da Saúde Coletiva, comprometido com os princípios e valores éticos e políticos que inspiraram a Reforma Sanitária.

Entre os marcos regulatórios do processo de criação dos cursos de Saúde Coletiva, tem-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais

para os cursos de graduação e o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni). Das diretrizes do Reuni, instituído em 2007, destacam-se a proposição do aumento de vagas de ingresso, principalmente noturnas, e a determinação da diversificação das modalidades de graduação (BELISÁRIO *et al.*, 2013). Outro aspecto de suma importância para a consolidação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva foi a aprovação, em junho de 2017, no Conselho Nacional de Educação (CNE), das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de bacharelado em Saúde Coletiva (BRASIL, 2017).

Considerando esses aspectos, o objetivo desse texto foi o de refletir sobre o papel dos cursos de graduação em Saúde Coletiva apoiando-se na análise do perfil acadêmico – formação graduada e pós-graduada *stricto sensu* – dos docentes desses cursos no Brasil. Primeiramente, foi realizada a identificação dos docentes, em cada uma das universidades que ofertam os cursos para, em seguida, realizar a busca de informações quanto a sua formação de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) na Plataforma Lattes².

Esse texto – e os resultados aqui apresentados – foi produzido no âmbito da pesquisa intitulada *Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: percursos formativos e inserção no mundo do trabalho*,

2 Plataforma Lattes é um mecanismo de registro e comunicação de dados acadêmicos criado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), para consolidação de informações referentes a instituições, pesquisadores e grupos de pesquisas atuantes no Brasil. Uma das formas de viabilizar esses registros refere-se ao Currículo Lattes, formato de currículo que se tornou um padrão nacional no registro da vida pregressa e atual de estudantes, docentes e pesquisadores do país, e é hoje adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa nacionais. Pelo endereço eletrônico: <http://lattes.cnpq.br/>, é possível acessar mais detalhes acerca dessa Plataforma.

coordenada pelo prof. dr. Jairnilson Silva Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Assim como outras pesquisas realizadas no âmbito desse projeto, este trabalho tem o objetivo de contribuir para a análise do processo de formação graduada em Saúde Coletiva, com a tentativa de qualificar o Sistema Único de Saúde.

A DOCÊNCIA E A SAÚDE COLETIVA

Antes de apreendermos o contexto específico da Saúde Coletiva, torna-se necessário destacar a complexidade inerente à atividade docente em geral, considerando-se, sobretudo, seu processo histórico e a forma como a docência foi reconfigurada com a intensificação do capitalismo e a mercantilização da educação. Tanto é assim que Masetto (2012, p. 15) nos alerta que, apenas recentemente

[...] os professores universitários começaram a se conscientizar de que seu papel de docente do ensino superior, como o exercício de qualquer profissão, exige capacitação própria e específica que não se restringe a ter um diploma de bacharel, de mestre ou doutor, ou apenas o exercício de uma profissão. Exige isso tudo e competência pedagógica, pois ele é um educador, alguém que tem a missão de colaborar eficientemente para que seus alunos aprendam.

Na contemporaneidade, o setor Educação, em virtude do rápido avanço científico-tecnológico, das alterações na organização do trabalho (processo produtivo), dos processos de globalização da economia e das alterações na relação dos sujeitos com o conhecimento, atravessa uma série de transfor-

mações no contexto nacional e global. Tais alterações influenciam, direta ou indiretamente, a organização das Instituições de Ensino Superior (IES) (PACHANE, 2003).

De acordo com Cunha (2006), estas mudanças, tanto na estrutura de ensino na Universidade, como em sua posição e sentido social, estão fortemente marcadas pelas ideologias neoliberais e posturas conservadoras de alguns atores. Conforme a autora, a formação do professor universitário tem sido entendida, por força da tradição e ratificada pela legislação, como atinente quase que exclusivamente aos saberes disciplinares que compõem a grade curricular dos seus cursos de origem.

Para Dias Sobrinho (2012, p. 601) houve um deslocamento da missão e das referências centrais da educação superior: “[...] das humanidades às disciplinas técnicas, e da sociedade ao mercado”. Em outras palavras, a formação exigida do professor universitário tem sido restrita ao conhecimento aprofundado da disciplina a ser ensinada.

Nesse contexto, a Universidade, enquanto instituição social, fundamentada em valores comprometidos com o desenvolvimento humano, entra em constante confronto com o projeto mercadológico de educação, em que o conhecimento de função utilitarista é apropriado privadamente e se apresenta como um dos mais robustos instrumentos da competitividade individual e de instauração da rivalidade no meio social (DIAS SOBRINHO, 2005; DIAS SOBRINHO, 2015). De acordo com Dias Sobrinho (2015), esse cenário faz com que a Universidade perca sua natureza de instituição de formação e adquira um estatuto operacional – estruturada por estratégias e programas de eficácia organizacional e, portanto, pela particularidade e instabilidade dos meios e dos objetivos – de formação de competências fragmentárias e de aplicação imediata.

Diferentes autores (ZABALZA, 2004; BASTOS, 2007), mesmo não estando dissociados da ideia de que a globalização econômica, capitalista e informacional impõe importantes transformações à educação superior, ressaltam a ideia de que a formação docente não deve estar voltada apenas para a lógica do campo econômico da produção de conhecimento. Ao contrário, o espaço do ensino superior deve conduzir o trabalho docente, considerando todas as demais dimensões da vida humana, nutrindo as condições para formar profissionais qualificados para atuarem em diferentes frentes do mundo do trabalho e da sociedade. Reforçam ainda que a qualidade da ação docente se faz na relação dos diferentes saberes, contemplando de maneira especial os aspectos éticos e humanos que se articularão com o conhecimento científico.

Também com essa crítica, Lourenço (2013) aponta para a transição de sistemas de educação superior comprometidos com a formação geral – em termos políticos, humanísticos e éticos dos alunos – para um modelo alicerçado apenas na preparação técnica da atividade profissional. Assim, segundo Chauí (2003), não perder de vista o papel social da Universidade e estar, permanentemente, trazendo para o debate os conteúdos e as formas de ensinar e avaliar, à luz de um projeto de formação, é fundamental aos professores universitários.

As reflexões apontadas pelos diferentes autores, até aqui citados, indicam a importância de se analisar também a formação e a atuação docente no campo da saúde. Conforme já abordado anteriormente, e de acordo com Almeida Filho (2013), a conjuntura intelectual contemporânea, mutante e massiva, tem afetado profundamente os cenários da formação profissional e acadêmica, particularmente em campos tão dinâmicos como a Saúde Coletiva. A saúde, em que pese estar citada na Constituição Brasileira como um direito do cidadão e um dever do

Estado, padece de subfinanciamento histórico, tem carências reconhecidas e encontra-se numa encruzilhada em relação ao seu futuro. Multifacetada, a crise do sistema de saúde brasileiro apresenta iniquidades no financiamento, exhibe desigualdades na qualidade e sofre com as distorções nos modelos de formação em saúde e à sua natureza e missão. Neste sentido, “a questão-chave para a crise da saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde” que, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1681).

De acordo com as Diretrizes Curriculares e os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Bacharelado em Saúde Coletiva, o objetivo dos mesmos “é formar profissionais voltados para os diferentes níveis do sistema de saúde, em especial para aqueles integrantes do Sistema Único de Saúde” (BELISÁRIO *et al.*, 2013, p.1625). A formação profissional em Saúde Coletiva direciona suas disciplinas para formar o perfil do sanitarista dentro de uma visão de controle de epidemias e não de controle sobre o homem. Pelo fato de transitar por várias áreas de conhecimento, o sanitarista tem uma visão abrangente e interdisciplinar das políticas de saúde no país. A característica de possuir a formação inicial generalista também amplia o conhecimento para se atuar em todos os níveis de complexidade do SUS, como gestores, pesquisadores e educadores em saúde ambiental e da coletividade. Tais especificidades profissionais denotam que o campo de atuação profissional em Saúde Coletiva é, ao mesmo tempo, amplo e complexo (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Para contemplar as demandas desse complexo campo, segundo Bosi e Paim (2010), é imprescindível a formação de profissionais orientados por uma concepção interdisciplinar que conjugue elementos do modelo biomédico com conhe-

cimentos oriundos do domínio das Ciências Humanas e Sociais, deslocando-se de uma preocupação eminentemente individual para uma atuação na esfera social/coletivo/populacional. Além disso, de acordo com os autores, esta formação implica posicionamento não apenas no plano epistemológico, mas, igualmente, no plano ético-político.

Assim, para contemplar o objetivo de desenvolver as competências profissionais gerais e específicas na área da Saúde Coletiva, conforme Bosi e Paim (2010, p. 2036), o currículo deve prever situações que levem os alunos a aprender a pensar para

[...] recriarem o conhecimento, problematizando-o; aprenderem a aprender, realizando a tão propalada articulação pesquisa-ensino; aprenderem a ser, comprometendo-se com valores e princípios vinculados à democracia, autonomia das pessoas, solidariedade, justiça, emancipação, equidade, dignidade humana, respeito à diferença, entre outros; mobilizarem e articularem conhecimentos, habilidades e valores, conduzindo a uma posição ético-política comprometida com a defesa da vida e da saúde enquanto direito, consoante o ideário da Reforma Sanitária, uma vez que Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práxis, não pode ser compreendida em separado desse projeto de reforma social.

Para Armani (2006, p.142), o sanitarista é um profissional orientado para observar a população e as coletividades, trabalhando por escuta, inclusão e atenção integral. A formação é projeto de profissionalização, portanto, “deve ser um processo educativo na transversalidade, permitir um campo de dinâmicas de possibilidades inéditas, estimular a construção de território entre outros”. Para a autora, pelo fato de surgir

de inquietações e desconfortos, esta formação constrói saberes em práticas desejantes. A formação, assim, deve trazer arranjo inovador, com alteridade e um sistema de saúde cuidador e inclusivo, o que certamente retorna ao sistema de saúde e à população na forma de qualificação de trabalho e responsabilização dos profissionais e serviços de saúde.

As inovações almejadas no corpo da formação em saúde exigem flexibilização e ampliação dos conteúdos programáticos e propostas educativas conectadas com as estratégias utilizadas para promover o diálogo, levando em consideração o marco teórico dos determinantes sociais da saúde e o cuidado realizado em ato. Os processos educativos em saúde, em sua realidade prática, necessitam de constante reformulação de propostas e ações, para que dialoguem com a realidade local. De acordo com Ceccim (2008, p. 21), esse “investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde”, uma vez que o processo educativo em saúde vai para além das estruturas didáticas e pedagógicas e está alicerçado no acolhimento, nas relações de afeto e na produção de vida.

Profissionais com essa formação, em tese, mostram-se abertos a mudanças e muito próximos do conhecimento crítico em relação aos aspectos políticos, sociais e culturais estruturantes. Entretanto, Almeida Filho (2013) nos alerta sobre as demandas-desafios do SUS à Universidade, no que se refere à formação de trabalhadores para o campo da Saúde no Brasil. Tais demandas contemplam a aparição de novos profissionais capazes de trabalhar em equipe, e que sejam criativos, autônomos, resolutivos, engajados na promoção da saúde, abertos à participação social e, enfim, comprometidos com a humanização da atenção à saúde.

Historicamente, a contribuição do profissional sanitário tem sido fundamental, especialmente na relação dos determinantes sociais nos processos de saúde e doença. Estes profissionais antecedem a Reforma Sanitária, inicialmente com as especialidades no campo da Medicina e da Engenharia. A partir dos processos da Reforma Sanitária e da criação do SUS, que altera o modelo assistencial e exige reconfiguração de processos de trabalho e práticas em saúde, surge a necessidade de inovações diversas, entre elas a formação de novos profissionais para atuação neste campo. Porém, esses especialistas ainda sentiam dificuldades na demonstração desta visão mais ampla do processo saúde-doença, pois suas formações originais ainda seguiam a proposta do modelo médico hegemônico.

Esse profissional vai ao encontro da proposta do SUS, pois a sua formação e atuação permite colaborar como agente promotor da saúde, diagnosticando os problemas e as necessidades em saúde, e ajudando a encontrar soluções para consolidação dos serviços de saúde (BEZERRA *et al.*, 2013, p. 60).

Este “novo” profissional graduado traz, em sua formação interdisciplinar, habilidades e competências para compreender, articular, promover e executar ações na área da saúde baseadas nos princípios do SUS. Essas práticas e saberes são embasados em conhecimentos que envolvem os três grandes eixos da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Planejamento-Gestão-Avaliação e Ciências Sociais e Humanas. A articulação dessas áreas subsidia contemplar as necessidades de saúde da população e seus determinantes visando à promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida (CARVALHO; CECCIM, 2009; BEZERRA *et al.*, 2013).

PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançarmos o objetivo de refletir sobre o papel dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, apoiando-se na análise do perfil acadêmico – formação graduada e pós-graduada (*stricto sensu*) – dos docentes desses cursos no Brasil, recorremos a uma leitura exploratória de documentos públicos que fornecessem essas informações. Foram acessados, entre os meses de outubro a dezembro de 2018, os websites das universidades que oferecem cursos de graduação em Saúde Coletiva e a Plataforma Lattes.

Após a identificação do corpo docente nos sítios eletrônicos das instituições listadas por Domingues *et al.* (2019), foi realizada a busca de informações, a partir do nome de cada um/a, relativas à formação (graduada e pós-graduada) desses professores na Plataforma Lattes. Foram, assim, identificadas as áreas de formação em graduação e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) de cada um/a deles/as.

Ao todo, existiam, em 2015, 21 universidades que ofertavam os cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil e, destas, foram analisados os dados de dezesseis, pois cinco instituições não tinham, em seus websites, informações a respeito dos docentes. Como forma de complementar essas informações, foram feitas tentativas de obtê-las via contato telefônico e por correio eletrônico com as coordenações e/ou secretarias dos cursos, mas não tivemos êxito. Assim, os resultados não encontrados foram definidos como “não informado” (NI).

Para a análise dos resultados, utilizamos a técnica de análise descritiva simples, com a apresentação dos dados em gráficos que nos permitiram identificar e comparar a formação dos docentes em relação ao total de cursos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme pesquisas realizadas, os dados indicam que, no Brasil, existam 22 cursos de bacharelado em Saúde Coletiva, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Instituições, siglas e nomes dos cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil

INSTITUIÇÃO	SIGLA	CURSO
Associação Caruaruense de Ensino Superior	ASCES-UNITA	Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina do ABC	FMABC	Gestão em Saúde Humana (Saúde Ambiental)
Universidade de Brasília	UnB Ceilândia	Saúde Coletiva
Universidade de Brasília	UnB	Saúde Coletiva
Universidade de Pernambuco*	UPE	Saúde Coletiva
Universidade de São Paulo	USP	Saúde Pública
Universidade do Estado do Amazonas*	UEA	Saúde Coletiva
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul*	UERGS	Administração – Sistemas e Serviços de Saúde
Universidade Federal da Bahia	UFBA	Saúde Coletiva
Universidade Federal da Integração Latino-Americana	UNILA	Saúde Coletiva
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*	UFCSPA	Gestão em Saúde
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG	Gestão de Serviços de Saúde
Universidade Federal de Pernambuco	UFPE	Saúde Coletiva
Universidade Federal de Roraima	UFRR	Gestão em Saúde Indígena Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia	UFU	Gestão em Saúde Ambiental
Universidade Federal do Acre*	UFAC	Saúde Coletiva

Universidade Federal do Mato Grosso	UFMT	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Paraná	UFPR	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro*	UFRJ	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	UFRN	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará	UNIFESSPA	Saúde Coletiva

Fonte: Adaptado de Domingues *et al.* (2019)

*As Universidades assinaladas foram excluídas do estudo, pois não tinham em seu website dados relativos ao corpo docente.

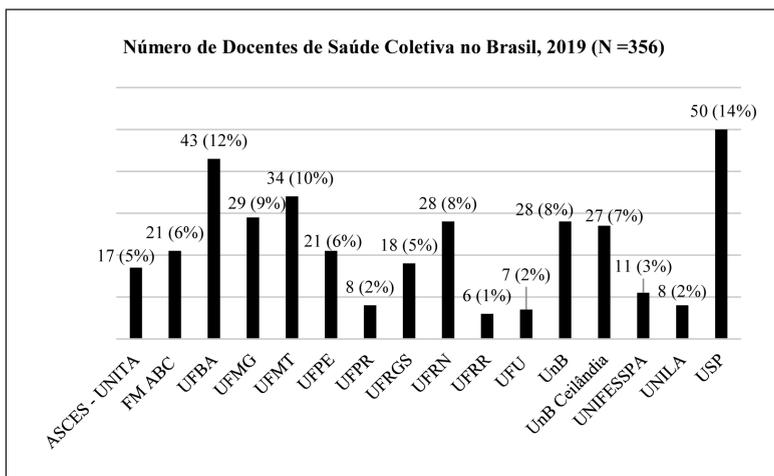
A complexidade do campo da Saúde Coletiva, em termos de apreensão de seu objeto de análise/intervenção e das consequências disso para a formação, provavelmente, conduz a uma diversidade de nomenclaturas desses cursos em cada instituição de ensino. Nas buscas para esta pesquisa, porém, o termo “Saúde Coletiva” foi predominante e apareceu em dezesseis universidades (72,4%). Os outros cinco cursos possuíam nomenclaturas relacionadas à Gestão em Saúde (27,6%). A maioria das universidades com cursos de graduação em Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde são instituições públicas de ensino, com exceção da Associação Caruarense de Ensino Superior, situada no estado de Pernambuco, na cidade de Caruaru.

Pelas informações acessadas via websites, os cursos se adequam às necessidades regionais – sociais e de saúde/ambiente – dos locais onde estão sediados. Além disso, é explicitada a pluralidade do campo da Saúde Coletiva como algo que orienta a construção das matrizes curriculares. Em termos de distribuição dos cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no

Brasil, treze estados, além do Distrito Federal, sediavam pelo menos um destes cursos. O estado com maior número de cursos de Saúde Coletiva era o de Pernambuco que concentra três dos cursos na região Nordeste (MENESES *et al.*, 2017).

O Gráfico 1 apresenta o total de docentes por cursos de bacharelado em Saúde Coletiva no Brasil:

Gráfico 1 - Número de docentes de Saúde Coletiva no Brasil, 2019



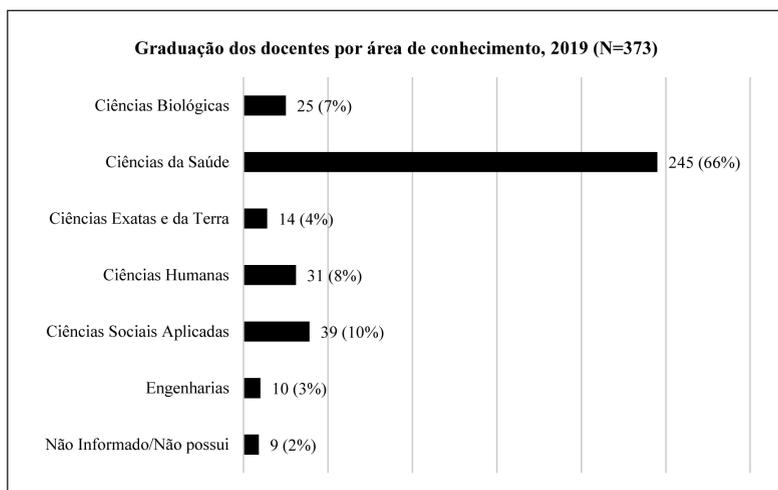
Fonte: Elaboração dos autores deste capítulo (2019)

É possível observar que a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) possuem o maior número de docentes, do total de docentes atuando em cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil, com 14% e 12%, respectivamente. Em seguida, aparece a Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), com 10%, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com 9%, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a Universidade de Brasília (UnB), com 8% cada uma, e, depois, a Universidade de

Brasília-Campus Ceilândia (UnB Ceilândia), com 7% dos docentes. As demais universidades variam de 6% a 1% na representação total do número de docentes dos cursos analisados.

No Gráfico 2, a seguir, apresentamos a formação docente em nível de graduação a partir das grandes áreas de conhecimento. Guiamo-nos, nesse caso, pela *Tabela de Áreas de Conhecimento* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³.

Gráfico 2 - Graduação dos docentes por área de conhecimento, 2019*



Fonte: Elaboração dos autores deste capítulo (2019)

*Observação: O número total de graduações (n= 373), indicado no Gráfico 2, é maior que o número de docentes (n= 356, apresentado no Gráfico 1), pois dezesseis professores possuem dois cursos de graduação em seu percurso formativo e um docente possui três cursos de graduação em sua trajetória.

3 Segundo consta na página da Fundação CAPES (2018), “A classificação das áreas do conhecimento tem finalidade eminentemente prática, objetivando proporcionar às instituições de ensino, pesquisa e inovação uma maneira ágil e funcional de sistematizar e prestar informações concernentes a projetos de pesquisa e recursos humanos aos órgãos gestores da área de ciência e tecnologia”.

Os dados apresentados indicam que a maior parte dos docentes (66%) é graduada na área da Saúde, ainda que os cursos de bacharelado em Saúde Coletiva possuam uma (necessária e desejável) diversidade de formação graduada de seus docentes.

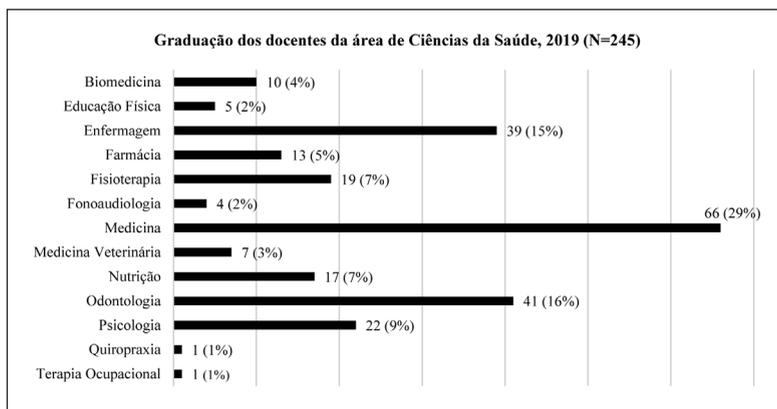
A área de Ciências Sociais Aplicadas aparece em segundo lugar com 10% da formação dos docentes e está composta pelos cursos de Serviço Social, Administração, Relações Públicas/Jornalismo, Comunicação Social, Economia, Direito, Arquitetura e Urbanismo, Ciências Contábeis e Biblioteconomia. Com 8% do total geral, a área de Ciências Humanas compreende os cursos de Sociologia, Antropologia, Pedagogia, Filosofia e Geografia.

Com menos expressividade, foram identificados docentes com formação nas áreas de Ciências Biológicas (7%, nos cursos de Biologia e Ecologia), Ciências Exatas e da Terra (4%, nos cursos de Química, Física, Ciência da Computação, Estatística, Matemática e Tecnólogo em Análise e Desenvolvimento de Sistemas), Engenharias (3%, nos cursos das Engenharias de Produção, Mecânica, Eletrônica, Química e Sanitária).

Segundo Pachane e Pereira (2004), de maneira geral, é pouco elucidada a formação requerida ao docente para iniciar sua carreira docente em uma instituição de ensino superior, não sendo exigida formação pedagógica, e sim o conhecimento prático ou teórico do campo disciplinar que constitui a grade curricular específicas dos cursos. Este cenário tende a trazer implicações muito peculiares aos cursos de Saúde Coletiva, já que há docentes de várias áreas de conhecimentos lecionando nesses cursos.

Ao analisar a formação graduada na área das Ciências da Saúde, a que tem maior número de docentes em comparação com as outras áreas, pode-se identificar que há uma grande diversidade de profissionais atuando como docentes dos cursos de Saúde Coletiva (ver Gráfico 3).

Gráfico 3 - Graduação dos docentes da área de Ciências da Saúde, 2019



Fonte: Elaboração dos autores

No contexto da área da saúde, a formação em nível de graduação mais expressiva é em Medicina (24,4%), seguida dos cursos de Odontologia (16,7%) e de Enfermagem (15,9%). Cabe ressaltar que, embora tenhamos muitos docentes graduados na área das Ciências da Saúde (em relação às outras áreas de conhecimento), não temos docentes graduados em Saúde Coletiva. Por se tratar de um curso relativamente novo, provavelmente os egressos ainda não tenham tido tempo hábil para constituir a qualificação necessária aos requisitos solicitados para docência nas universidades (sobretudo nas públicas).

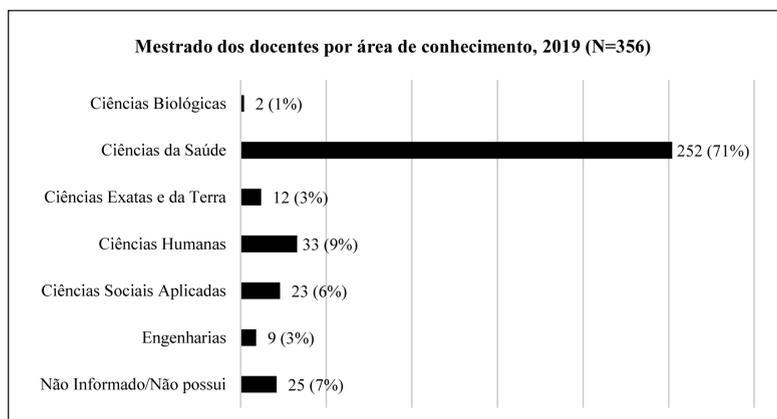
Esta não é a realidade das demais formações no campo da Saúde. Estudo realizado por Costa (2010), referente à formação docente em um curso de Medicina, demonstrou que todos professores eram graduados em Medicina e dos 35 entrevistados, 62,86% não possuíam formação em docência no início de sua carreira. Nesse estudo, as estratégias para obter sucesso na carreira docente universitária consistiram em atividades

de capacitação, cursos obrigatórios exigidos pela instituição e formação continuada.

Outro estudo sobre o tema visou conhecer a percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. Contou com 85 participantes, os quais eram professores de cursos da área da saúde e concluiu que, de uma maneira geral, o profissional de saúde é especialista nesse campo, sendo apto para atuar nas diferentes áreas da saúde, mas carece de formação pedagógica para atuar na docência, necessitando de aperfeiçoamento nos aspectos da educação, especialmente nos processos de ensino-aprendizagem e didática. Os autores destacaram a importância da experiência e da habilidade técnica para o processo de ensino, assim como a insuficiência desses aspectos nas práticas de ensino (TREVISIO; DA COSTA, 2017).

Com relação aos cursos de mestrado realizados pelos docentes de Saúde Coletiva, os resultados são apresentados no Gráfico 4:

Gráfico 4 - Mestrado dos docentes por área de conhecimento, 2019



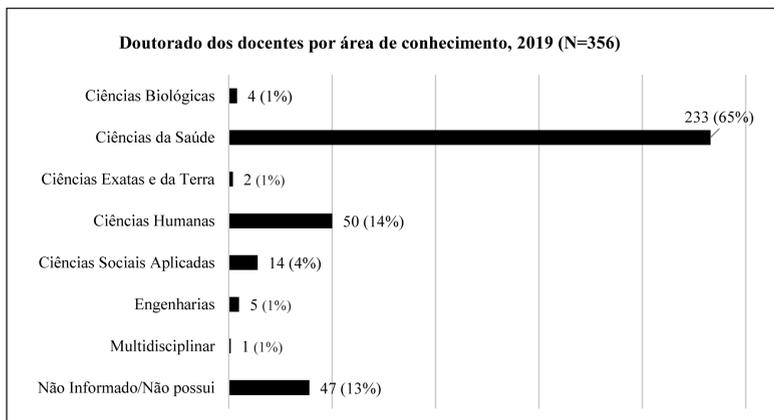
Fonte: Elaboração dos autores

Assim como na graduação, os cursos de mestrados, em sua maioria (71%), pertencem à área das Ciências da Saúde. Na sequência, aparecem as seguintes áreas de conhecimento: Ciências Humanas (9%), Ciências Sociais Aplicadas (6%), Ciências Exatas e da Terra (3%), Engenharias (2%) e Ciências Biológicas (1%). Não localizamos ou não possui mestrado um total de 7% dos docentes. Ao analisarmos os mestrados na área de Ciências da Saúde, um total de 158 (62,7%) desses estão relacionados à Saúde Coletiva. Dentre as nomenclaturas desses cursos aparecem mestrados em: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde Comunitária, Odontologia em Saúde Coletiva, Saúde e Ambiente, Gestão e Planificação em Serviços de Saúde, Medicina Social, *Calidad en Servicios de Salud*, Epidemiologia, Epidemiologia Social, Educação em Saúde, Saúde Ambiental.

Ao que parece, o aperfeiçoamento docente em temas próximos aos trabalhados nos cursos de Saúde Coletiva constitui fator importante para o seu ingresso como docente (no caso de ter realizado o mestrado antes de ingressar como docente) ou sua manutenção/adequação como corpo docente do curso.

Ao analisarmos a formação dos docentes em relação ao doutorado, também encontramos maior porcentagem de cursos concentrada na área de Ciências da Saúde. Os resultados são demonstrados no Gráfico 5, a seguir:

Gráfico 5 - Doutorado dos docentes por área de conhecimento, 2019



Fonte: Elaboração dos autores

Do total de docentes, 65% possuem doutorado na área de Ciências da Saúde e, destes, 157 (67,4%) pertencem à Saúde Coletiva, seguido por 14% da área das Ciências Humanas. O restante (4%) se divide nas outras áreas: Multidisciplinar, Engenharias, Ciências Exatas e da Terra e Ciências Biológicas. Não consta no currículo Lattes dos docentes (ou não possuem doutorado), um total de 13% deles.

De maneira geral, a diversidade de formação graduada e pós-graduada dos docentes dos cursos de Saúde Coletiva nos faz pensar na própria formação/composição do SUS no Brasil. A adoção/construção desse Sistema no país e as mudanças dele decorrentes, sobretudo em relação ao modelo de atenção à saúde, propiciaram a transformação das práticas de saúde e a decorrente mudança na formação profissional na área da saúde, o que se configurou como potencializador da diversidade de trajetórias acadêmicas dos sujeitos do campo (SILVA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o perfil acadêmico dos docentes dos cursos de Saúde Coletiva existentes no Brasil, foi possível conhecer a diversidade de trajetórias acadêmico-profissionais daqueles que formam os futuros sanitaristas (graduados) que, por sua vez, atuarão no – sempre dinâmico – Sistema Único de Saúde.

Conforme os dados apresentados, é possível afirmar que a maioria dos docentes possuem graduação, mestrado e doutorado na área de conhecimento das Ciências da Saúde. Porém, destaca-se também que um percentual razoável de docentes possui formações (graduadas e pós-graduadas) em cursos pertencentes a áreas de conhecimento bastante diferentes, indicando a pluralidade e a diversidade de temas que circulam nessa graduação.

Por um lado, apesar de trazermos dados e informações relativas a apenas um aspecto do percurso formativo do bacharelado em Saúde Coletiva, buscamos aqui também contribuir para uma maior e melhor compreensão dos desafios inerentes a esta “nova” profissão. Assim, se considerarmos que um dos temas cruciais relativos à formação graduada em Saúde Coletiva se referem, na atualidade, à inserção no mundo de trabalho (SILVA; DOMINGUES; ROCHA, 2017), analisar a formação profissional a partir da formação dos docentes, poderá contribuir para que este graduando sempre mais tenha acesso a diferentes perspectivas e conhecimentos, graças à diversidade da formação dos docentes com os quais convive.

Por outro lado, gostaríamos de indicar algumas das dificuldades que tivemos na consecução deste projeto/texto. O primeiro deles diz respeito à falta de estudos, de maneira geral, sobre a formação de docentes que atuam nos cursos de

bacharelado e licenciatura no Brasil, impossibilitando-nos a realização de análises comparadas a respeito de outros cursos.

Outra limitação da pesquisa diz respeito aos possíveis desdobramentos inerentes às demandas existentes, como o número de discentes matriculados e turmas em andamento de cada instituição, para ser possível avaliar se o número de docentes em cada uma das IES pesquisadas é adequado ao Projeto Pedagógico do Curso, seus objetivos, carga horária, matriz curricular, entre outros.

A indisponibilidade de informações completas a respeito dos cursos de Saúde Coletiva nos websites das instituições também foi outro desafio. Em função disso, sugerimos que as instituições disponibilizem o maior número de informações atualizadas a respeito da estrutura, projeto pedagógico, organização e responsáveis dos cursos, com a intenção de valorizar e divulgar a graduação em Saúde Coletiva, como também facilitar o acesso a dados e produção de futuros estudos da área.

Nesta direção, como parte de uma proposta mais ampla das análises dos processos de formação em Saúde Coletiva, consideramos ser fundamental conhecer, além do perfil docente, a base acadêmica e a organização das instituições que ofertam os cursos de bacharelado em Saúde Coletiva. Estas informações ampliam os debates sobre os cursos existentes no Brasil, podendo auxiliar na resposta sobre o quanto a graduação em Saúde Coletiva está ou não suprimindo as expectativas existentes diante de sua proposição. O SUS precisa que os sanitaristas (sejam os graduados, sejam os pós-graduados) tenham a habilidade e a capacidade de articulação com todos os profissionais inseridos na rede de Saúde. Para tanto, ter docentes oriundos de diversas formações pode facilitar a visão e a prática interdisciplinar dos egressos desses cursos. Cabe, no

entanto, mencionar a importância de estudos que explorem como esses vários núcleos se articulam (durante a graduação) e se esta interação existe de fato para que a inovação proposta pelo curso se consolide no meio acadêmico, repercutindo no seu reconhecimento social.

Afinal, seguindo Meneses *et al.* (2017), ainda que o ritmo acelerado de expansão destes cursos, nos seus primeiros anos de existência, não se mantenha, eles representam um elemento importante do amplo processo de consolidação do campo da Saúde Coletiva, assim como da formação de profissionais com habilidades e competências que possam contribuir e lutar pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil.

ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

ARMANI, T. B. **Formação de sanitaristas: cartografias de uma Pedagogia da Educação em Saúde Coletiva**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BASTOS, C. C. B. C. Docência, pós-graduação e a melhoria do ensino na universidade: uma relação necessária. **Educere et Educare**, Cascavel, v. 2, n. 4, p. 103-112, 2007. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereteducare/article/view/1658>. Acesso em: 19 jul. 2019.

BELISÁRIO, S. A. *et al.* Implantação do curso de graduação em Saúde Coletiva: a visão dos coordenadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1625-1634, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/14.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

BEZERRA, A. P. S. *et al.* Quem são os novos sanitaristas e qual o seu papel? **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 3, p. 57-62, nov. 2013. DOI: 10.18569/tempus.v7i3.1393. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307816495_QUEM_SAO_OS_NOVOS_SANITARISTAS_E_QUAL_SEU_PAPEL. Acesso em: 19 jul. 2019.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, jul. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a17v15n4.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Brasília, DF: CNE, 2017.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 137-170.

CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* Estudantes de graduação em Saúde Coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1657-1666, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/17.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7691593-A-emergencia-da-educacao-e-ensino-da-saude-intersecoes-e-intersetorialidades.html>. Acesso em: 19 jul. 2019.

CHAUI, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 1-12, set./dez. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de Medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p.1-7, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100016>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_16.pdf. Acesso em 19 jul. 2019.

CUNHA, M. I. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 258-271, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782006000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n32/a05v11n32.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

DIAS SOBRINHO, J. **Dilemas da educação superior no mundo globalizado**. Sociedade do conhecimento ou economia do conhecimento?. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

212

DIAS SOBRINHO, J. Políticas y conceptos de calidad: dilemas y retos. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 601-618, nov. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772012000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aval/v17n3/a03v17n3>. Acesso em: 19 jul. 2019.

DIAS SOBRINHO, J. Universidade fraturada: reflexões sobre conhecimento e responsabilidade social. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 20, n.3, p. 581-601, nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772015000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aval/v20n3/1414-4077-aval-20-03-00581.pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.

DOMINGUES, H. S. *et al.* Divulga Saúde Coletiva: estratégias de comunicação para inserção profissional do Bacharel em Saúde Coletiva. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 12, n. 28, p. 249-262, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.20952/revtee>.

v12i28.8855. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/8855/pdf>. Acesso em 19 jul. 2019.

FUNDAÇÃO CAPES. **Tabela de áreas de conhecimento/avaliação**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/documentos-de-apoio/91-conteudo-estatico/avaliacao-capes/6831-tabela-de-areas-de-conhecimentoavaliacao>. Acesso em: 19 jul. 2019.

LOURENÇO, C. D. S. Formação ou instrução: reflexões sobre qualidade no ensino superior de Administração. **RACE: Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, v. 12, n. 3, p. 81-120, 2013. Edição especial ANPAD. Disponível em: https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/race/article/view/3394/pdf_21. Acesso em 19 jul. 2019.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2012.

213

MENESES, J. J. S. *et al.* Panorama dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 501-518, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00060.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

OLIVEIRA, M. L. S. *et al.* Saúde Coletiva: o olhar do egresso sobre a formação. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 78-93, jan./dez, 2015. <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/372/273>. Acesso em 19 jul. 2019.

PACHANE, G. G. **A importância da formação pedagógica para o professor universitário**: a experiência da Unicamp. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PACHANE, G. G.; PEREIRA, E. M. Ar. A importância da formação didático-pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 35, n. 1, p. 1-13, 2004.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. (org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

SANTOS, L. **Educação e trabalho na saúde coletiva brasileira**: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva nos cenários nacional e local. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SILVA, V. O. **Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: múltiplos olhares sobre a docência**. 2019. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

SILVA, V. C.; DOMINGUES, H. S.; ROCHA, C. M. F. Desafios e possibilidades da inserção profissional de bacharéis em Saúde Coletiva. **Revista INSEPE**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 14-34, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/170163/001051009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jul. 2019.

TREVISO, P.; DA COSTA, B. E. P. Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n 1, p. 1-9, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005020015>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e5020015.pdf. Acesso em: 19 jul. 2019.

ZABALZA, M. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Trad. Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Da formação à inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva: os caminhos trilhados no Rio Grande do Norte

Alanny Ferreira Moutinho | alannymoutinho@gmail.com

Bacharela em Saúde Coletiva; mestra em Saúde Coletiva; doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

Jussara Lisboa Viana | lisboa.jussara@gmail.com

Bacharela em Saúde Coletiva; mestra em Saúde Coletiva; doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima | limarrt@gmail.com

Bacharel em Saúde Coletiva; mestre em Ciências da Saúde; doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thais Paulo Teixeira Costa | tpaulotc@gmail.com

Bacharela em Saúde Coletiva; mestra em Educação; pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Victor Hugo de França do Nascimento | victor.fhn@gmail.com

Bacharel em Saúde Coletiva; especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; coordenador de Planejamento e Controle dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1980, foi liderada por sanitaristas e caracterizou-se como um movimento democratizante e transformador para a garantia de boas condições de saúde aos cidadãos do Brasil. Dentre os principais acontecimentos, podemos destacar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, a descentralização dos serviços de saúde, resultando numa ampliação da oferta assistencial à saúde da população (RAMIRES, LOURENÇÃO; SANTOS, 2004).

A RSB, que usou o campo da Saúde Coletiva como base teórica, foi inconclusa e parcial, já que excluiu na prática o seu discurso subversivo, a determinação social do processo saúde-doença. O poder político da RSB ficou reservado aos gestores e aos Conselhos de Saúde, e não houve o incentivo à intersectorialidade entre os Ministérios e nem à participação popular para além das estruturas permitidas pelo Estado (PAIM, 2007).

No intuito de retomar as mudanças não alcançadas por essa reforma, alguns autores da Saúde Coletiva propõem estimular a formação de sanitaristas por meio da criação de cursos de graduação. Segundo Teixeira (2003, p.165), o egresso desse curso integraria as equipes de trabalho do SUS e atuaria na “formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas e serviços de saúde”, como também em ações de promoção da saúde e de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Vale retomar que os profissionais a ocuparem cargos de sanitaristas, no século XIX e início do século XX, eram médicos com formação graduada. Essa hegemonia médica na Saúde Pública, nesse período, configura-se, segundo Mendes-Gonçalves (1994), pela dificuldade que a Epidemiologia tem para diferenciar o seu objeto da Clínica. Após os anos de 1970, com o movimento de crítica e aglutinação dos modelos de saúde anteriores, surge a Saúde Coletiva em nível de pós-graduação, nas modalidades *lato sensu* e *stricto sensu*, com inserção multiprofissional (NUNES, 1994).

A proposta da graduação em Saúde Coletiva é fortalecer a tríade *saber-ideologia-prática* da Saúde Coletiva, além de formar sujeitos com capacidade de apoiar os princípios da RSB. Essa nova graduação não propõe sobreposição à formação pós-graduada e nem pretende fragilizar o ensino sobre Saúde Coletiva nos cursos superiores da área da saúde (BOSI; PAIM, 2010).

Alguns dos conceituados autores do campo da Saúde Coletiva, como Teixeira (2003) e Bosi e Paim (2010), entendiam a graduação em Saúde Coletiva como necessária, reacendendo o debate no meio acadêmico desde os anos de 1990. Um dos marcos para a criação da graduação foi no ano de 2002, quando a Universidade Federal da Bahia (UFBA) realizou o I Seminário e Oficina de Trabalho intitulado “Graduação em saúde coletiva: pertinência e possibilidades”, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituições de ensino superior (IES), dentre outros.

Na ocasião, os participantes reconheceram a viabilidade, a pertinência e a necessidade de um curso de Saúde Coletiva em nível de graduação. No ano seguinte, mais precisamente em julho de 2003, foi realizada uma segunda oficina, como

atividade prévia do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorrido em Brasília/DF. Vale salientar que foi incluído na programação oficial do referido congresso o painel intitulado “É tempo de termos uma graduação em saúde coletiva?”, cuja audiência ganhou destaque devido a sua diversidade e magnitude (BOSI; PAIM, 2010).

Alguns se posicionaram contra a criação desses cursos, dizendo que: a) aumentariam as lacunas da Saúde Coletiva nas demais graduações da área da saúde, o que empobreceria duas características fundamentais do campo, a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade (KOIFMAN; GOMES, 2008); b) o SUS precisava de profissionais com um novo perfil de atuação, novas competências e não mais uma categoria profissional (KOIFMAN; GOMES, 2008); c) fragilizaria o movimento recém-conquistado que inseriu conteúdos de Saúde Coletiva nas diretrizes curriculares de alguns dos cursos da área da saúde (BELISÁRIO *et al.*, 2013).

Sobre as posições favoráveis e contrárias, há um discurso comum, ambos reforçam a necessidade de profissionais qualificados em Saúde Coletiva para atuar no SUS. A ideia de criar um novo profissional da saúde com saberes e práticas exclusivas da Saúde Coletiva e a necessidade de fortalecer esse campo na formação dos demais profissionais da saúde não são ideias antagônicas (VIANA, 2017). Ao longo dos anos, podemos observar que esses dois movimentos na formação acontecem em simultâneo, um não fragiliza o outro.

Atualmente, a graduação em Saúde Coletiva é uma realidade em 22 IES de todo o território nacional, principalmente nas instituições federais de ensino superior (IFES) (VIANA, 2017), representando um passo fundamental para a expansão e consolidação das práticas de ensino estruturadas no campo da Saúde Coletiva (BELISÁRIO *et al.*, 2013). Segundo Mene-

ses *et al.* (2017), no primeiro semestre de 2014, havia um total de 2.532 estudantes com matrículas ativas e 285 egressos.

No Rio Grande do Norte, as experiências de integração entre o ensino e o serviço, que foram acumuladas pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) e pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), assim como pesquisas realizadas pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da mesma universidade, evidenciaram, segundo Viana (2017), a necessidade de profissionalizar gestores. O trabalho do profissional graduado em Saúde Coletiva teria vocação para a gestão da saúde, sobre isso uma das coordenadoras do curso relata que

o profissional da saúde coletiva, mesmo com foco na gestão, [...] ele não pode apenas ter habilidades técnicas para saber planejar, programar, fazer um orçamento, fazer auditoria, não basta isso. Ele tem que ser uma pessoa que conheça bem essa realidade do ponto de vista social, econômico, cultural, para poder fazer essa avaliação levando em consideração esse contexto (VIANA, 2017, p. 64).

Em 2008, no contexto político favorável à expansão do ensino superior, com o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), na UFRN, a graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde foi criada, com composição da primeira turma em 2009. Em 2018, o projeto pedagógico desse curso foi reformulado e sua nomenclatura mudou para Saúde Coletiva, o que permitiu se adequar a denominação nacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2018).

A referida graduação permite ao aluno conhecer as principais políticas públicas que norteiam o SUS e as suas principais

ações, buscando referencial teórico nas ciências sociais, nas ciências humanas e nas ciências da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2008). Os profissionais já formados possuem conhecimento da realidade social do país e estão preparados para melhorarem a qualidade dos serviços de saúde baseando-se nos princípios da Saúde Coletiva e do contexto contemporâneo da gestão democrática.

Entretanto, a inserção desse novo profissional no mercado de trabalho caracteriza-se por um contexto estrutural de desafios, como a Lei n. 13.429/2017, que dispõe sobre o Trabalho Terceirizado irrestrito, e a Lei n. 13.467/2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e permite que os acordos entre patrões e empregados sejam superiores ao legislado. Além das seguintes categorias que fragilizam suas inserções: a) remuneração; b) reconhecimento da profissão em Saúde Coletiva; c) interferência política; d) identidade. Há também potencialidades para inserção, como: a) as vivências práticas durante a formação (estágio curricular, por exemplo); b) o núcleo de saber e prática da Saúde Coletiva; c) o espaço de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal/RN (VIANA; SOUZA, 2018).

A estratégia criada por egressos e graduandos do curso de Saúde Coletiva, da UFRN, para possibilitar o reconhecimento e a inserção profissional dos bacharéis em Saúde Coletiva, foi criar um grupo de trabalho (GT). Neste capítulo, relataremos as ações desenvolvidas por esse GT de Saúde Coletiva no estado do Rio Grande do Norte.

O mencionado GT teve a sua composição, em julho de 2013, durante a realização do II Encontro Regional dos Estudantes de Saúde Coletiva do Nordeste (ERESC/NE), na cidade de Salvador/BA, sendo um desdobramento do GT Regional Nordeste de Profissionalização em Saúde Coletiva. Naquele

momento, o Rio Grande do Norte e a Bahia, primeiros estados da região Nordeste a possuir a graduação em Saúde Coletiva, tinham formado os seus primeiros profissionais e já se fazia necessário discutir e criar estratégias para a inserção e atuação desses novos atores nos cenários de práticas do SUS.

Desde a sua composição, o GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte tem buscado se reunir quinzenalmente, proporcionando a troca de conhecimentos e a realização de atividades entre graduandos, egressos, demais profissionais e gestores que atuam em sistemas e serviços de saúde, objetivando: a) construir um espaço de diálogo interinstitucional; b) desenvolver ações que busquem o reconhecimento da profissão; c) planejar a inserção do bacharel em Saúde Coletiva no mundo do trabalho.

Para subsidiar as ações desenvolvidas pelo GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte, os participantes recorrem ao apoio da coordenação da graduação em Saúde Coletiva e dos professores do DSC da UFRN, bem como à literatura científica da área da Saúde Coletiva e aos documentos institucionais que normatizam a implementação de políticas de saúde no âmbito do SUS.

CAMINHOS PERCORRIDOS

Entre os caminhos percorridos nesses seis anos de existência do GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte, apresentaremos a seguir as principais conquistas alcançadas até o momento. Tais conquistas são resultantes do trabalho coletivo realizado por graduandos e egressos que compõem o mencionado GT.

Elaboração do projeto de lei para a criação do cargo de sanitарista em 2014

Quando foi anunciada pela SMS de Natal a possível realização de um concurso para este município no ano de 2014, em decorrência da expansão de serviços que ocorria naquele momento, bem como ao déficit na força de trabalho, alunos e egressos que compõem o GT de Saúde Coletiva passaram a realizar articulações com atores desta Secretaria para a inserção do bacharel em Saúde Coletiva no referido concurso. Diante da notícia, o GT de Saúde coletiva instituiu uma comissão composta por graduandos e egressos, na perspectiva de construção do texto da proposta do projeto de lei para subsidiar a criação do cargo de sanitарista nos municípios do Rio Grande do Norte, especialmente em Natal.

Após reuniões de articulação entre membros da SMS de Natal, professores do DSC/UFRN, alunos e egressos da graduação em Saúde Coletiva da UFRN, foi proposta a análise da inserção do bacharel em Saúde Coletiva na Lei Complementar n.º 120, de 03 de dezembro de 2010, no grupo de nível superior, categoria especialista em saúde, na qual consta a profissão de sanitарista. Tal lei cria e implanta o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos profissionais da área da saúde da SMS, regulamenta as gratificações específicas da área da saúde e dá outras providências (NATAL, 2010). Até aquele momento, o profissional sanitарista, no âmbito da SMS Natal, era reconhecido apenas como profissional pós-graduado em Saúde Coletiva ou Saúde Pública, excluindo, portanto, os profissionais graduados em Saúde Coletiva.

De acordo com Castro, Vilar e Liberalino (2018), o PCCS, também reconhecido como Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) ou Plano de Cargos, Carreiras e Remunera-

ções (PCCR), é definido com um instrumento de valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, cujo objetivo principal é promover e orientar a carreira, bem como a respectiva remuneração dos profissionais dentro das instituições em que atuam.

Apesar de não ter sido utilizado no concurso da SMS de Natal – considerando que o cargo de sanitарista já existia no PCCS da instituição, foi preciso apenas especificar no edital do referido concurso os requisitos para ocupação do cargo de sanitарista, a graduação em Saúde Coletiva foi um deles – a elaboração do projeto de lei oportunizou a discussão da inserção desse profissional em outros municípios do Rio Grande do Norte que pretendiam realizar concurso público naquele período do ano. Ressalta-se que essa iniciativa também foi desencadeada em virtude da necessidade de profissionais sanitарistas, incluindo os sanitарistas graduados, responder os novos desafios do SUS, como apontado por representantes do Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, e representantes brasileiros da OPAS (VIANA, 2017).

Atualmente, o Projeto de Lei é o principal instrumento do GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte para a articulação com os gestores municipais nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). O referido documento também está servindo como subsídio para diversos egressos no âmbito nacional, na perspectiva de auxiliar a inserção profissional em seus respectivos estados.

Figura 1 - Membros do GT de Saúde Coletiva da UFRN em reunião, a discutirem o projeto de lei para criação do cargo de sanitarista no concurso da SMS de Natal



Fonte: Autores

CONQUISTA DE VAGAS NO CONCURSO DA SMS DE NATAL

Foi publicada em julho de 2015, no Diário Oficial do Município de Natal, a Lei Complementar n.º 151, que criou novos cargos e ampliou as vagas de cargos de provimento efetivo do PCCS dos profissionais da SMS de Natal (NATAL, 2015). Em decorrência do reconhecimento da atuação dos graduandos em Saúde Coletiva durante os estágios curriculares e extracurriculares; da inserção de alguns egressos em cargos comissionados na SMS de Natal e das articulações entre a coordenação

nação da graduação em Saúde Coletiva da UFRN, o GT de Saúde Coletiva e a gestão da SMS de Natal, dez vagas foram destinadas para o cargo de sanitarista, tendo como um dos requisitos a graduação em Saúde Coletiva.

Destaca-se que a conquista deste concurso foi uma vitória nacional, considerando que, entre 2012 e 2015, foram publicados apenas dois editais de concursos públicos para o cargo de sanitarista em nível de graduação (CEZAR *et al.*, 2015). Conforme pesquisa documental realizada por Cezar *et al.* (2015), tais editais foram publicados nos estados do Amazonas e do Paraná.

O referido concurso foi realizado em junho de 2018 e o resultado final homologado em novembro do mesmo ano, com a aprovação de três graduadas em Saúde Coletiva para atuarem como sanitaristas. As demais vagas para o cargo foram ocupadas por profissionais com outras graduações e com pós-graduação em Saúde Coletiva.

As três graduadas em Saúde Coletiva aprovadas no concurso da SMS do Natal estão atuando na área do planejamento e da gestão em saúde, mais precisamente no setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, setor de Sistemas de Informação para Atenção Básica e setor de Planejamento Estratégico e Gestão do SUS. Essa realidade corrobora com os dados encontrados por Lorena *et al.* (2016), demonstrando que os bacharéis em Saúde Coletiva inseridos nos serviços de saúde, independente do vínculo empregatício, ocupam cargos e/ou funções de gestores, coordenadores e planejadores.

Figura 2 - As professoras Ana Tânia Sampaio (à esq.) e Janete Castro (à dir.) do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, um integrante do GT de Saúde Coletiva e Marcelo Bessa (ao centro), na época secretário adjunto de Gestão Participativa do Trabalho e da Educação em Saúde da SMS de Natal, em reunião sobre a inserção de vagas para sanitaristas graduados no concurso da SMS



Fonte: Autores

Participação nas reuniões das comissões intergestores regionais do Rio Grande do Norte

Compreendendo a organização do SUS como descentralizada e integrada em ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada, percebemos que as regiões de saúde são lugares da integralidade com potencialidade de gestão autônoma (SANTOS, 2014). Nesse sentido, ampliamos nos-

sas ações enquanto GT de Saúde Coletiva para as regiões de saúde do estado do Rio Grande do Norte, com o intuito de aproximar discentes e egressos desta graduação aos gestores municipais e regionais.

Desta forma, o grupo passou a apresentar o bacharel em Saúde Coletiva nas reuniões das comissões intergestores regionais (CIR). A CIR trata-se de um espaço deliberativo, com status de governança locorregional, constituído por todos os secretários municipais de saúde da região (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Inicialmente, contatamos a secretaria executiva das CIR solicitando a agenda das reuniões e informando o interesse em apresentarmos o profissional formado pela graduação em Saúde Coletiva, destacando a contribuição deste para a reorganização do Sistema de Saúde. Durante as reuniões internas do GT de Saúde Coletiva, discutimos a disponibilidade dos membros em participar das reuniões e definimos a região de saúde a visitar. Voltamos a contatar a secretaria executiva da CIR de modo a informar a região definida e em seguida agendamos a presença do GT de Saúde Coletiva na reunião.

Vale ressaltar que essas ações são financiadas com recursos próprios do GT, oriundos da colaboração dos seus membros. No entanto, os poucos recursos financeiros dificultam a participação assídua de muitos integrantes nas mencionadas reuniões.

Durante a participação nas reuniões das CIR eram apresentados os seguintes pontos: a) formação do bacharel em Saúde Coletiva; b) competências e habilidades do profissional formado por esta graduação; c) objetivo e organização do GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte. Além disso, manifestamos o interesse junto aos secretários de saúde de traçar estratégias de inserção desse novo ator social nos processos de trabalho do SUS.

Ao término dos encontros enviamos para o e-mail dos secretários de saúde presentes na reunião o modelo do projeto de lei criado pelo GT para a inserção dos bacharéis em Saúde Coletiva nos PCCS dos municípios e, consecutivamente, nos próximos concursos públicos.

Figura 3 - Alunos e egressos do curso de Saúde Coletiva da UFRN presentes na reunião da CIR no município de São José do Mipibu/RN



Fonte: Autores

Proposição de debates em diferentes espaços para discutir a importância da graduação

Como principal resultado, destaca-se a participação no Encontro Regional Nordeste I da Rede Unida, realizado em Natal, no período entre 5 e 7 de novembro de 2015. No referido encontro, houve um fórum institucional, organizado pelos egressos da graduação em Saúde Coletiva da UFRN, com a participação de representantes do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde, da SMS de Natal e da Rede Unida. O fórum teve dois objetivos: o de discutir a importância do bacharel em Saúde Coletiva para o SUS; e o de apresentar o processo de reconhecimento profissional no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e a formalização do cadastro da ocupação de sanitarista na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

230

Com a realização dessa atividade, durante o Encontro Regional Nordeste I da Rede Unida, promoveu-se um debate entre graduandos e bacharéis em Saúde Coletiva, profissionais de saúde e usuários do SUS, que propiciou a formulação de estratégias para a inserção desse ator social no mercado de trabalho e para a realização de novos debates. Ressalta-se que essa ação teve também o objetivo de aproximar a sociedade para a existência desse novo profissional da área da saúde.

Esse movimento contribuiu com a mobilização nacional de egressos e professores dos diversos cursos de graduação em Saúde Coletiva e do Ministério da Saúde para a inclusão da ocupação do sanitarista na CBO. A partir de 17 de março de 2017, bacharéis e pós-graduados na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública podem exercer formalmente essa ocupação. Na ocupação de sanitarista (código 1312-25 na CBO) são listadas 130 atividades profissionais e está registrada como

pertencente à família ocupacional “Gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde” (VIANA; SOUZA, 2018)

Sobre essa formalização, afirmamos que isso não determina a inserção de bacharéis em Saúde Coletiva no mundo do trabalho, mas ajuda quando há editais que exigem o número da CBO como pré-requisito, por facilitar a formalização da atividade profissional. Ainda mais, o registro do sanitarista como ocupação poderá auxiliar na regulamentação da profissão, com um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República.

Figura 4 - Apresentação de membro do GT de Saúde Coletiva no Encontro Regional Nordeste I da Rede Unida, em Natal/RN



Fonte: Autores

Divulgação das ações do GT de Saúde Coletiva nas redes sociais

Outra ação desenvolvida pelo GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte é a divulgação, através das redes sociais, da atuação dos egressos no mercado de trabalho. Esta ação é realizada a partir da criação de vídeos que mostram os egressos relatando a sua atuação no local de ofício, as atividades que desenvolvem e a importância da graduação em Saúde Coletiva para a sua prática profissional no sistema e/ou no serviço de saúde, e tem o propósito de disseminar este conteúdo de forma exponencial com o auxílio das Tecnologias de Comunicação e Informação – TIC (OKADA; SOUZA, 2011).

Destaca-se que estes vídeos também são realizados com demais atores da área da Saúde Coletiva que opinam sobre a importância da inserção destes egressos no mercado de trabalho, como forma de fortalecer a gestão do SUS. O uso desta estratégia digital também é aplicado com fotos e textos nas redes sociais do GT de Saúde Coletiva para divulgar e parabenizar as novas conquistas dos bacharéis e as novas inserções no mercado de trabalho. Tal iniciativa busca dar visibilidade às atividades exercidas por esses egressos, como também a constante tentativa de aproximar a presença deste novo profissional à sociedade.

O ambiente virtual das redes sociais do GT é aproveitado, inclusive, para divulgar quando as reuniões ocorrem, quais as atividades desenvolvidas, as conquistas alcançadas através do trabalho deste grupo e, assim, estimular a participação de mais graduandos e egressos nos encontros. Estas ações corroboram com a ideia de Baldan et al. (2011) que diz que as redes sociais oferecem agilidade no processo de divulgação e integração.

Para manifestar ainda mais interesse, curiosidade e, conseqüentemente, inserção do sanitarista graduado no mercado de trabalho, também utilizamos este espaço para divulgar novas oportunidades abertas aos bacharéis em Saúde Coletiva. Assim, o conteúdo alcança um maior número de pessoas, contribuindo de forma positiva para a ampliação e fortalecimento da inserção deste profissional no mundo do trabalho.

Participação nas atividades acadêmicas da graduação em Saúde Coletiva

Considerando a importância da contínua articulação com os graduandos, o GT faz-se presente nas atividades desenvolvidas pelo Centro Acadêmico em Saúde Coletiva (CASC) com o intuito de aproximar os alunos das atividades realizadas e situá-los acerca dos desafios do mundo do trabalho.

Melo e Borges (2007) apontam a importância de os jovens estarem articulando a vida acadêmica a sua experiência profissional antes da inserção ao mercado de trabalho. As autoras apontam que a universidade muitas vezes não articula as atividades acadêmicas a uma futura experiência profissional, cabendo aos jovens buscar um amadurecimento profissional fora da universidade. Diante dessa realidade, destacamos que o GT é um potencial articulador entre os graduandos e o mundo do trabalho.

Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se a participação no IV ERESC/NE, realizado no período de 8 a 11 de outubro de 2015, em Natal/RN. Alunos e egressos do curso de Saúde Coletiva da UFRN conduziram o debate intitulado *E agora? Sou Bacharel em Saúde Coletiva: conquistas e desafios*, com a participação dos demais graduandos em Saúde Coletiva da

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Neste espaço, foi reacendido o diálogo sobre a profissionalização no campo da Saúde Coletiva e reafirmou-se a relevância desta formação para inserir profissionais qualificados para atuarem no SUS. Como principal encaminhamento, emergiu a necessidade de ampliar a mobilização de estudantes e egressos na divulgação deste novo profissional, sendo as ações desenvolvidas pelo GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte citadas como referências importantes para esse processo.

Além da participação no IV ERESC/NE, o GT também contribuiu para realizar a divulgação da graduação em Saúde Coletiva durante a Mostra de Profissões da UFRN, nos anos de 2014 a 2018. O referido evento tem o objetivo de apresentar os cursos oferecidos pela instituição para as pessoas que querem ingressar nesta universidade. O propósito do GT, juntamente com o CASC, foi apresentar quem é o bacharel em Saúde Coletiva, como se dá a sua formação, quais são as suas principais competências e habilidades, bem como qual é o seu campo de atuação.

Souza (2017), em um estudo sobre o perfil dos graduandos em Saúde Coletiva da UFRN, identificou em sua pesquisa que, mesmo compreendendo as dificuldades do mundo do trabalho, todos os seus entrevistados possuem interesse em ter o SUS como local de trabalho. Entretanto, as dificuldades de inserção profissional fazem com que o interesse não fique restrito somente ao setor público da saúde. Diante do exposto, destaca-se que as ações do GT se tornam cada vez mais necessárias, compreendendo que a integração entre egressos e graduandos fortalecerá a luta pela inserção deste profissional no mercado de trabalho.

Além disso, nos dias 18 e 19 de fevereiro de 2019, bacharéis em Saúde Coletiva participaram da recepção aos alunos da graduação em Saúde Coletiva da UFRN ingressantes no semestre 2019.1. Na atividade, intitulada I Acolhimento Integrativo da Graduação em Saúde Coletiva da UFRN: tecendo caminhos para a formação, promovida pelo CASC e pela coordenação da graduação, os bacharéis relataram um pouco sobre as suas experiências estudantis e profissionais, destacando a criação do GT de Saúde Coletiva, bem como as suas atuações no âmbito dos serviços e do ensino em saúde.

Figura 5 - Participação de membros do GT de Saúde Coletiva na recepção aos alunos da graduação em Saúde Coletiva da UFRN ingressantes no semestre 2019.1



Fonte: Autores

NOS CAMINHOS EXISTEM PEDRAS

Todas as ações desenvolvidas até o momento pelo GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte são importantes para a construção da identidade profissional dos egressos da graduação em Saúde Coletiva, bem como para a inserção desses novos profissionais no mundo do trabalho em saúde. Entretanto, nos últimos dois anos, os encontros do referido GT de Saúde Coletiva não tem acontecido com periodicidade, sobretudo por que os membros mais assíduos e mais envolvidos com as atividades tiveram que assumir responsabilidades acadêmicas e/ou profissionais em outros estados e países.

Atrelado a isso, está a dificuldade em mobilizar demais egressos e graduandos para se envolverem com as atividades do GT de Saúde Coletiva. As mudanças vivenciadas no mundo do trabalho, em geral, com altas taxas de desemprego, exclusão de jovens no mercado de trabalho, precarização dos processos e das relações de trabalho e exigências de novas qualificações, são fatores que geram incertezas e dificultam a mobilização de egressos e graduandos em Saúde Coletiva para o reconhecimento e atuação profissional (SILVA; PINTO; TEIXEIRA, 2018).

Em um curso de graduação relativamente novo, é necessário se reinventar constantemente para motivar a atuação estudantil e profissional. Para driblar as barreiras da profissão, agudizadas pelas dificuldades encontradas no mundo do trabalho contemporâneo, e conquistar um espaço de atuação nos sistemas e serviços de saúde, onde os sanitaristas a nível de graduação possam ser cada vez mais protagonistas, é preciso que os alunos e egressos participem ativamente desse processo, contribuindo com o avanço da regulamentação dessa nova profissão.

De acordo com Bosi e Paim (2010) e Silva, Pinto e Teixeira (2018), a privação do mercado de trabalho gera sofrimento para os indivíduos que procuram a graduação em Saúde Coletiva e, conseqüentemente, uma carreira profissional na área da saúde. Essa realidade pode ser um dos fatores impulsores para a evasão nos cursos de graduação em Saúde Coletiva, conforme vem ocorrendo na UFRN.

Como sugestão para retirar as pedras que dificultam o caminhar da profissionalização do bacharel em Saúde Coletiva no Rio Grande do Norte, os autores do presente trabalho recomendam a união de esforços entre estudantes, egressos e professores da graduação em Saúde Coletiva da UFRN em busca de uma maior integração com os demais atores do SUS. Ademais, é preciso retomar com o planejamento de atividades do GT de Saúde Coletiva, com a finalidade de desenvolver novas estratégias e estimular o protagonismo desse coletivo no âmbito estadual e nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há como ajustar os caminhos?

O relato do GT de Saúde Coletiva do Rio Grande do Norte é uma experiência com bacharelados e bacharéis em Saúde Coletiva, que revela o protagonismo desses sujeitos para buscar estratégias de inserção profissional, além de contribuir com discussões na formação do graduado sobre o mundo do trabalho, a conjuntura econômica, política e social. Reforçamos que a coordenação do curso de Saúde Coletiva da UFRN apoia esse protagonismo.

Sobre as dificuldades relatadas para manter as atividades citadas e criar outras, esperamos que esse GT de Saúde Coletiva possa dialogar e incentivar grupos semelhantes em outros estados e que suas universidades formadoras possam apoiá-los. Além disso, esperamos que consigamos retomar a periodicidade dos nossos encontros ao buscar novos membros.

Apesar do pouco tempo de atuação desse grupo, houve conquistas para inserção do bacharel em Saúde Coletiva no SUS por meio da construção de espaços de diálogo interinstitucional e de ações que buscaram o reconhecimento da profissão. Analisamos que não foi necessária a institucionalização desse grupo, como uma organização profissional do estado, para que pudessemos alcançar tais propósitos. Encontramos, no entanto, dificuldades para criar estratégias de inserção profissional em outros contextos, como no setor privado e em instituições públicas no interior do Rio Grande do Norte.

Ao incentivar a inserção dos bacharéis em Saúde Coletiva, estamos reconhecendo o seu papel na superação de problemas nos sistemas e na política de saúde, além de ser capaz de produzir ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

e de criar modelos explicativos para o processo saúde-doença. Por isso, esperamos que a sociedade possa conhecer e, também, reconhecer o trabalho desses jovens profissionais.

BALDAN, A. K. *et al.* A estratégia de relacionamento com o cliente por meio das redes sociais. *In: SEMEAD: Seminários em Administração*, 14., 2011, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo, 2011. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8021848-A-estrategia-de-relacionamento-com-o-cliente-por-meio-das-redes-sociais.html>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BELISÁRIO, S. A. *et al.* Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1625-1634, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/14.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a17v15n4.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Sedis/UFRN, 2018.

CEZAR, D. M. *et al.* O bacharel em saúde coletiva e o mercado de trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 65-73, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n4p65-73>. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/622/pdf_16. Acesso em: 22 maio 2019.

KOIFMAN, L.; GOMES, L. N. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 417-418, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a01.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

LORENA, A. G. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, abr./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00369.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

MELO, S. L.; BORGES, L. O. A transição da universidade ao mercado de trabalho na ótica do jovem. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 376-395, set. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a02.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENESES, J. J. S. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 501-518, maio/ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00060.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **Lei Complementar n.º 120, de 3 de dezembro de 2010**. Cria e implanta o Plano de

Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais da Área de Saúde da SMS, regulamenta as gratificações específicas da Área de Saúde e dá outras providências. Natal, 2010. Disponível em: http://portal.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/documento/2010_Plano_de_Carreiras_Cargos_e_Salarios_PCCV_Saude_662.pdf. Acesso em: 22 maio 2019.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **Lei Complementar n.º 151, de 22 de julho de 2015**. Ficam criados os cargos e ampliadas as vagas de cargo de provimento efetivo da Lei Complementar n.º 120, de 03 de dezembro de 2010, que integrarão o Anexo II do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais da Área da Saúde da SMS e amplia as vagas de cargos de provimento efetivo que integrarão o Anexo III da Lei Complementar n.º 118, de 3 de dezembro de 2010, do Plano de Cargos e Vencimentos dos funcionários da administração direta e autárquica da Prefeitura Municipal do Natal, respectivamente, e dá outras providências. Natal, 2015. Disponível em: http://portal.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/legislacao/LeiComplementar_20150723_151_.pdf. Acesso em: 4 jul. 2019.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

OKADA, S. I.; SOUZA, E. M. S. Estratégias de marketing digital na era da busca. **REMark: Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 46-72, jan./abr. 2011. DOI: **10.5585/remark.v10i1.2199**. Disponível em: <http://revistabrasileiramarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/view/2199/1814>. Acesso em: 4 jul. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RAMIRES, E. P.; LOURENÇÃO, L. G.; SANTOS, M. R. Gerenciamento em unidades básicas de saúde: conhecendo experiências. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.11, n.4, p.205-209, out./dez. 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281494114_Gerenciamento_em_Unidades_Basicas_de_Saude_conhecendo_experiencias. Acesso em: 4 jul. 2019.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

SANTOS, L. **SUS**: a região de saúde é o caminho. Campinas: IDISA, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/sus-a-regiao-de-saude-e-o-caminho-por-lenir-santos/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 799-808, out./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811901>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0799.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SOUZA, A. B. D. **As expectativas profissionais do graduando em Saúde Coletiva da UFRN**. 2017. 33f. Monografia (Graduação em

Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/57e491762fbcd4f317967afd092a9b6c.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 13, p. 163-166, ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a18.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE.
Projeto Pedagógico do Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde. Natal: UFRN, 2008. Disponível em: https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/curso/ppp.jsf?lc=pt_BR&id=7252420. Acesso em: 24 jun. 2019.

244

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE.
Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva. Natal: UFRN, 2018. Disponível em: https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/curso/ppp.jsf?lc=pt_BR&id=7252420. Acesso em: 22 maio 2019.

VIANA, J. L. **Sou bacharel em saúde coletiva, e agora?:** sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho. 2017. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

VIANA, J. L.; SOUZA, E. C. F. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em Saúde Coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1261-1285, set./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1261.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional

Carinne Magnago | carinne.mag@gmail.com

Pesquisadora do grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPAES/IMS/UERJ)

Tania França | taniafranca29@gmail.com

Pesquisadora do grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPAES/IMS/UERJ)

Soraya Almeida Belisário | dadayabel@gmail.com

Profa. do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Maria Ruth dos Santos | ruthsantosjf@gmail.com

Pesquisadora do grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPAES/IMS/UERJ)

Cláudia Brandão Gonçalves Silva |

claudia.brandao@saude.gov.br

Técnica do Ministério da Saúde; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB)

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, apresenta a função de ordenador da formação dos profissionais da saúde. É neste sentido que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), enquanto instância de discussão e implementação de políticas na área, vem elegendo, desde o seu surgimento, em 2003, um conjunto de ações prioritárias para enfrentar os desafios relativos ao trabalho e à educação na saúde.

246

Ao propor um amplo processo de formação, qualificação e regulação profissional, a SGTES busca encontrar soluções para a condução de uma política de educação permanente em saúde (EPS) em uma escala ainda não experimentada. Objetiva-se assegurar ofertas educacionais efetivas e significativas para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos populacionais, em consonância com os preceitos que regem o SUS.

No sentido de alcançar os seus propósitos e com vistas ao desenvolvimento de suas competências institucionais, a SGTES se estrutura institucionalmente em dois departamentos: Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Sobre este último, recai a responsabilidade pela coordenação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), norteadora das demais políticas relativas à formação e ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores do SUS. Esta política assume a EPS como um método político-pedagógico

desenvolvido no e para o trabalho em saúde, que visa transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da melhoria do cuidado e da assistência à população (BRASIL, 2009). Para tanto, assume, como pressuposto elementar, a articulação do quadrilátero da formação em saúde para o SUS: ensino, serviço, gestão e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesta perspectiva, o DEGES tem desenvolvido e destinado apoio técnico e financeiro a projetos, programas e políticas públicas cujos objetivos estão direcionados para a qualificação e adequação do perfil dos trabalhadores ao sistema de saúde e às necessidades sociais da população, assegurando a integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Passados mais de quinze anos da criação da SGTES, muitos avanços são contabilizados; entretanto, há desafios persistentes e novas demandas de saúde que imprimem a necessidade de readequação ou implementação de propostas que possam colaborar para a capacidade de resolução do SUS. Para tanto, processos de monitoramento e avaliação precisam ser empregados no sentido de averiguar o alcance dos resultados e identificar as lacunas e falhas das ações em curso.

Na compreensão de que o monitoramento e a avaliação são parte de um esforço mais amplo para melhorar a formulação de políticas públicas, contribuindo para o aperfeiçoamento do planejamento e da gestão das intervenções em desenvolvimento, o DEGES/SGTES desenvolveu o projeto *Monitoramento e avaliação das ações de educação na saúde apoiadas e implementadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde*, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), que é ligado ao Instituto de

Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

É neste contexto que se insere o grupo de pesquisa chamado Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES/IMS/UERJ), cuja equipe – da qual fazem parte as autoras deste trabalho – foi responsável por acompanhar e sistematizar as ações desenvolvidas pelo DEGES no âmbito do projeto supracitado.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET-SAÚDE/GRADUASUS

No que se refere às políticas de reorientação da formação profissional em saúde, o DEGES tem desenvolvido e promovido diferentes programas, ações e iniciativas balizadas na EPS e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área. Insere-se, neste escopo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Lançado em 2008 pelo Ministério da Saúde e em parceria com o Ministério da Educação, o PET-Saúde tem como objetivo fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, assumindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

O primeiro edital do PET-Saúde teve por foco a Estratégia Saúde Família, sendo posteriormente estendido para outras áreas de interesse da saúde pública, a saber: Vigilância em Saúde, Saúde Mental e Redes de Atenção à Saúde. Neste movimento, avanços foram perceptíveis; entretanto, constatou-se que a condução do programa enfrentava diversas dificuldades

relacionadas principalmente à incompatibilidade dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos com as necessidades dos serviços de saúde (OLIVEIRA SOBRINHO *et al.*, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2013; LIMA; ROZENDO, 2015).

Tendo isso em vista, em 2015, foi lançado o edital PET-Saúde/GraduaSUS, que assumiu o objetivo principal de induzir mudanças nos currículos das graduações em saúde. Com a finalidade de promover o desenvolvimento de atividades que respondam aos problemas reais de saúde da população, o edital designou as secretarias de saúde como protagonistas na elaboração e coordenação dos projetos a serem desenvolvidos em parceria com as instituições de ensino (BRASIL, 2015; FRANÇA *et al.*, 2018).

Mais ainda, considerando as outras iniciativas incluídas na Política Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Mais Médicos (PMM), os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), a edição GraduaSUS incluiu, em seu âmbito, a obrigatoriedade da participação do curso de medicina, da elaboração de um plano para implementação dos COAPES e da realização de atividades integradas e transversais entre os diferentes cursos da saúde nos cenários do SUS (FRANÇA *et al.*, 2018; MAGNAGO *et al.*, 2019). Busca-se, com isso, o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, de forma a contribuir com o movimento de mudança curricular em consonância com as DCN.

A edição GraduaSUS envolveu 105 projetos executados por secretarias de saúde e instituições de ensino localizadas nas cinco regiões de saúde. Estiveram envolvidos 388 cursos de graduação e 5.893 atores (estudantes, profissionais de saúde e docentes) (FRANÇA *et al.*, 2018).

Em 2018, com o fim da vigência da edição, constatou-se a necessidade de se identificar os resultados alcançados, as contribuições e os limites desta edição na produção das mudanças desejadas para, então, conduzir a elaboração do novo edital do programa. Foi nesta perspectiva que o PET-Saúde/GraduaSUS foi incluído no rol de ações a serem avaliadas pelo projeto do DEGES de monitoramento e avaliação das ações de educação na saúde.

Condução da pesquisa

A pesquisa conduzida sobre o PET-Saúde/GraduaSUS objetivou analisar o seu desenvolvimento quanto aos aspectos centrais para a formação de profissionais e qualificação dos serviços de saúde, visando subsidiar o seu monitoramento, avaliação e aprimoramento. Para tanto, diferentes técnicas metodológicas foram empregadas, quali e quantitativas, que resultaram em um conjunto de dados de interesse. Parte deles já foram apresentados em publicações anteriores (BRASIL, 2018b; FRANÇA *et al.*, 2018; MAGNAGO *et al.*, 2019), outros ainda estão em processo de aprofundamento analítico, e outros constituem-se resultados desta publicação, cujo objetivo é apresentar o PET-Saúde/GraduaSUS na perspectiva da integração entre os diferentes atores envolvidos na condução dos projetos.

As informações apresentadas aqui foram apreendidas qualitativamente, a partir de rodas de conversa realizadas nas cinco regiões do Brasil, com representantes das instituições envolvidas no desenvolvimento de treze projetos do PET-Saúde/GraduaSUS: coordenadores de projetos (vinculados às secretarias de saúde), coordenadores de grupos tutoriais e tutores

(docentes vinculados às instituições de ensino), preceptores (trabalhadores da saúde) e discentes dos diferentes cursos de graduação.

As treze rodas de conversas somaram cem participantes, sendo que foram conduzidas em abril e maio de 2018 a partir de um roteiro com questões norteadoras. Os encontros foram gravados em equipamento de áudio, com posterior transcrição. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo segundo a proposta de Bardin (2011), que pressupõe o desenvolvimento de três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferências e interpretação. Na fase de pré-análise, o material foi lido repetidas vezes e as principais ideias captadas foram sistematizadas. Na etapa seguinte, procedeu-se com a codificação dos dados, identificando-se, então, as unidades de análise e estabelecendo-se a categorização do conteúdo.

Para a discussão produzida aqui, tomou-se os diferentes movimentos de integração empreendidos na construção e desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/GraduaSUS, os quais foram percebidos entremeados nas diferentes categorias previamente elaboradas. Assim, nesta publicação, uma análise sistematizada da integração ensino-serviço-comunidade é apresentada na perspectiva de diferentes dimensões de integração: intrainstitucional, interinstitucional, extrainstitucional e interprofissional.

A integração intrainstitucional reflete os movimentos dialógicos e participativos operacionalizados entre os diferentes atores das instituições de ensino. A interinstitucional demonstra os processos conduzidos entre os atores vinculados à academia e os vinculados aos serviços de saúde. A extrainstitucional, por sua vez, exprime a práxis de gestão e cuidado baseada na e para a comunidade. E, por fim, a integração

interprofissional manifesta os momentos e os resultados obtidos a partir do compartilhamento de saberes entre as diferentes profissões de saúde, não apenas no âmbito intramuros da academia, mas também nos cenários de aprendizagem do SUS.

Adicionalmente são apresentados os obstáculos para a efetiva integração ensino-serviço-comunidade.

Esclarece-se que o objetivo desta publicação não é apresentar excertos de depoimentos, em uma estrutura formal; ao contrário, buscou-se desenvolver uma discussão que conjugasse os diferentes elementos emanados dos discursos das rodas de conversa às apreensões das pesquisadoras que, implicadas no desenvolvimento de toda a pesquisa, não estão destituídas de criticidade e reflexões suscitadas por outras evidências produzidas no decurso do projeto de monitoramento das ações de educação na saúde.

Cumprido esclarecer que o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ (protocolo 82447517.9.0000.5260), tendo sido aprovado sob o Parecer de número 2.503.706. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

INTEGRAÇÃO INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL: CONSTRUINDO PONTES

Conforme exposto no edital que rege a edição GraduaSUS do PET-Saúde, os projetos a serem submetidos ao DEGES/SGTES deveriam ser elaborados conjuntamente pelas secre-

tarias de saúde e pelas instituições de ensino, demonstrando claramente os papéis de cada uma delas no desenvolvimento da proposta. Estes projetos deveriam contemplar, entre outros pontos, a organização de ações de integração ensino-serviço-comunidade no território, fortalecendo o movimento de mudança dos processos de formação em saúde (BRASIL, 2015).

Sobre isso, pode-se afirmar que a construção do projeto, na maioria das instituições partícipes das rodas de conversa, deu-se de forma coletiva, participativa e consensuada, a partir de um processo de integração intra e interinstitucional.

A integração intrainstitucional ficou evidenciada pela progressiva participação dos diferentes atores de uma mesma instituição de ensino: docentes, enquanto tutores e coordenadores de grupo, e alunos. Os espaços de diálogo foram abertos à comunidade acadêmica, no sentido de fomentar a pluralidade de ideias e o reconhecimento do PET-Saúde/GraduaSUS como um importante indutor de mudanças institucionais. A relevância da participação dos estudantes nesse processo dialógico foi reconhecida, assim como a disponibilidade deles em integrar o projeto, sendo bolsistas ou voluntários.

A integração interinstitucional foi caracterizada pelo número elevado de reuniões entre os representantes do serviço e os da academia, num movimento que chegou a ser denominado como exaustivo. As razões para tantas reuniões foram várias, entre elas: a necessidade de ajustes no projeto; o estabelecimento de metas específicas para os diferentes cursos de graduação; a troca de informações; o acompanhamento das mudanças introduzidas no edital, que direcionavam para uma maior participação do serviço; a elaboração de eixos norteadores do projeto; e a definição de objetivos, de ações a serem executadas e das unidades de saúde que receberiam os grupos tutoriais.

Apesar do caráter exaustivo, o decurso de elaboração das propostas foi avaliado favoravelmente. A existência de momentos de enfrentamento de saberes e de construção coletiva representaram os pontos altos do processo, repercutindo positivamente entre os envolvidos.

A integração intra e interinstitucional pressupõe o reconhecimento das especificidades das instituições integrantes do processo – diferentes ritmos, disponibilidades, incentivos à participação – e das especificidades dos diferentes cursos de graduação em saúde envolvidos – currículo, carga horária, interesses corporativos. É importante mencionar, também, as peculiaridades relacionadas às características locorregionais e institucionais, à cultura organizacional, às demandas sociais de saúde e às expectativas pessoais e institucionais.

Assim, para além de participativo, um processo como este, que envolve tantos atores, interesses e cenários, também se caracteriza como intenso e, por vezes, sofrido. Sob este aspecto, o principal ponto de dificuldade evidenciado foi o estabelecimento de metas comuns.

No que tange aos processos internos das IES, a necessidade de os diferentes cursos trabalharem uma proposta conjunta, com atividades compartilhadas, misturando saberes e alunos, imprimiu o desafio de transformar cada caixinha em algo coletivo. Em alguns casos, os diferentes cursos interessados em concorrer ao PET-Saúde/GraduaSUS elaboraram propostas individuais, cabendo aos coordenadores de projeto mediar um processo de negociação, em prol da construção de um projeto integrador e capaz de atender aos objetivos do programa.

Nesta situação, assim como na relação ensino-serviço, a prática por parte do primeiro de apresentar propostas prontas sem ouvir e/ou atentar para as necessidades do segundo

reflete a cultura de fragmentação e verticalização de saberes tão característica do setor saúde.

Assim, a inclusão do serviço como coordenador do programa, que foi determinada em edital, e sua necessária inserção no processo de elaboração da proposta representaram diferenciais da edição GraduaSUS, quando em comparação com as edições anteriores, e um avanço no que se refere à integração. Esta vivência conjunta permitiu aos participantes visualizar situações excepcionais, evidenciar necessidades, estabelecer parâmetros e, sobretudo, alçar o serviço como protagonista corresponsável e não mais como espectador do processo de formação de futuros profissionais.

A despeito da diversidade encontrada nos projetos, as dimensões intra e interinstitucional da integração também se enunciaram na dinâmica de execução das atividades pactuadas. A condução do projeto ocorreu de forma diferenciada, obedecendo às especificidades e às possibilidades de cada uma das instituições envolvidas, a exemplo dos diferentes territórios de complexidade e graus variados de vulnerabilidades; e da adoção de mecanismos de inserção dos alunos nos cenários do SUS – rodízios de alunos e de locais de prática ou a permanência dos alunos no mesmo cenário de aprendizagem para possibilitar a ideia de pertencimento à proposta e à equipe.

A experiência prévia de participação em projetos semelhantes ou mesmo em edições anteriores do PET-Saúde, os quais pressupunham a integração entre os diferentes participantes, também conferiu especificidades ao desenvolvimento dos projetos da edição GraduaSUS. Por outro lado, também foram verificados pontos comuns, com destaque para o desenvolvimento de ações em resposta aos problemas e necessidades identificadas a partir do diagnóstico situacional de

saúde dos territórios, a realização de reuniões periódicas integradas para o acompanhamento do projeto e a utilização dos pressupostos da EPS.

Muitas foram as atividades contempladas no âmbito dos projetos, as quais envolveram alunos, preceptores, professores e profissionais do serviço e que foram desenvolvidas em diferentes espaços intra e extrainstitucionais. Compõem este universo a realização de cursos, rodas de conversa, eventos e pesquisas.

Outro destaque foi a incorporação dos alunos nos processos de gestão das unidades de saúde, já que esta é uma área pouco contemplada durante a graduação, não obstante a proximidade da gestão com a academia se coloque como essencial para a compreensão das necessidades mútuas e do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

O que se percebe é que o estabelecimento de relações, cujos alinhavos, ainda tímidos, precisam se fortalecer sob a égide da integração e aportados no engajamento social (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016). A partir de uma rede de interdependências, colocando os conflitos em reflexão e pactuando propostas conjuntas, materializa-se a articulação entre a teoria e a prática e entre o ensino e serviço, produzindo, por conseguinte, mobilizações capazes de transformar a realidade, como nos pede a EPS (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

INTEGRAÇÃO EXTRAINSTITUCIONAL: DEMOCRATIZANDO E TRANFORMANDO A REALIDADE

É de conhecimento que as práticas de atenção e gestão da saúde desenvolvidas no Brasil ainda refletem um perfil pro-

fissional distante das reais necessidades dos usuários do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Os processos de formação que ainda se alicerçam nos moldes flexnerianos negligenciam os espaços comunitários e os seus contextos sociocultural e político, impedindo que os estudantes tenham contato com os territórios nos quais a vida acontece, nos quais a população – alvo da atenção à saúde – transita, trabalha, aprende, adoece.

Esta perspectiva se contrapõe a todos os documentos e diretrizes que regem o SUS e a ordenação da formação profissional. Sua superação envolve mais que a adoção de estratégias de inserção dos alunos nos cenários do SUS; envolve a inclusão democrática da população nos espaços acadêmicos e de saúde, não como pacientes, mas como seres políticos, cidadãos que têm voz, necessidades e saberes. Envolve o comprometimento com a dignidade humana, com a premissa constitucional do direito universal à saúde, com a valorização da vida.

Nesse enredo, um elemento indispensável para a concretude de novos modos de ensinar e aprender, com vistas a alcançar o objetivo principal das políticas de educação na saúde – melhorar os resultados de saúde – é a extensão universitária.

Entendida como um recurso sociopedagógico interdisciplinar, político e científico de caráter transformador, a extensão é capaz de ressignificar o fazer saúde e de se fazer cumprir o papel social da universidade, a partir da dinamização dos espaços em prol da coletividade (ALMEIDA *et al.*, 2016; RIOS; CAPUTO, 2019). Entende-se, aqui, a vivência extensionista como a materialização da interface extrainstitucional da integração ensino-serviço-comunidade, já que ela tem a função de promover o convívio e o diálogo entre as instituições de ensino e o meio no qual ela se insere, incluindo os cenários da saúde (GURGEL, 1986).

Sob esta ótica, a integração extrainstitucional, no âmbito do PET-GraduaSUS, manifestou-se na produção de atividades de extensão centradas na e para a comunidade, como a realização de palestras de educação em saúde, campanhas de vacinação, feiras e *workshops* de saúde e a criação de uma horta como espaço terapêutico para os usuários. A introdução dos alunos nos cenários do SUS, oportunizando-lhes o contato com a realidade na qual se inserem os usuários, promoveu a ampliação do olhar dos discentes, que conseguiram captar nuances relacionadas às raízes de problemas comuns no território. Nesta compreensão, extrapolou-se o modelo pedagógico mecanicista e a ideia de saúde enquanto setor isolado, dando lugar a aprendizagem significativa e dialógica e a práticas multiprofissionais e intersetoriais.

Para os atores do PET-Saúde, os espaços mediadores e de trocas de saberes e experiências entre os profissionais de saúde, tutores, preceptores, estudantes e a comunidade foram valorizados e, por meio deles, foi possível levantar e discutir problemas e soluções para mudanças concretas.

A vertente extrainstitucional desafiou a academia e os serviços de saúde a atuarem, ao mesmo tempo, dentro e fora dos seus muros institucionais, buscando superar seus conflitos e sua atuação limitada no que diz respeito aos interesses coletivos pelo poder que, historicamente, a eles foi conferido. Foi preciso criar situações problematizadoras relativas à inclusão dos saberes da população e da participação social no planejamento das ações que lhes foram direcionadas.

Sobre este aspecto, cabe aqui destacar a reflexão de um dos integrantes de uma roda de conversa. Para ele, os atores da relação ensino-serviço precisam conviver com a comunidade na qual se inserem, no sentido de conhecer seus costumes, hábitos e crenças. Nesse processo, devem ser incluídos os es-

tudantes, durante a sua formação, para que, no presente e no futuro, atuem como fontes modificadoras da realidade social, tal como apregoam as DCN e a EPS.

Integração interprofissional: um ponto de partida

As novas exigências de caráter epidemiológico, social, científico e tecnológico reafirmam a pauta da educação na agenda da saúde pública do Brasil e de outros países. Mais do que nunca, são necessários novos modos de ensinar e aprender e de materializar as propostas que visem a integração das diferentes áreas do saber que operam na saúde.

No contexto nacional, ao longo das últimas décadas, em especial após a criação do SUS, inúmeras iniciativas para fomentar processos modificadores da educação dos profissionais de saúde foram realizadas. No contexto atual, a reboque das discussões e experiências positivas e da convocação de organismos internacionais, é a EIP a abordagem pedagógica que formalmente vem sendo introduzida no Brasil (BRASIL, 2018a).

Compreendida como momentos de integração entre atores de diferentes profissões da saúde nos quais aprendem em conjunto e interativamente, a EIP tem como horizonte o fortalecimento da colaboração profissional para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados às populações (REEVES *et al.*, 2013). Sob esta ótica, evidencia-se correspondência entre os elementos conceituais da EIP com as bases fundantes do SUS que, dentre outros pontos, pressupõe o trabalho baseado em equipe (FREIRE FILHO, 2018).

Um dos mecanismos para introduzir a EIP nos cursos de graduação é o PET-Saúde que, em sua proposta, busca aproxi-

mar o estudante aos processos de trabalho comuns às diferentes profissões da saúde. Fato é que, embora as edições anteriores do PET não determinassem o caráter de composição interprofissional dos grupos tutoriais, sempre lograram em favor da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade dos projetos. A edição temática de 2013 – Redes de Atenção – foi a primeira a estabelecer a obrigatoriedade de conformação de grupos integrados em prol da EIP, com a participação de pelo menos dois cursos diferentes (BRASIL, 2013; FRANÇA *et al.*, 2018).

A edição GraduaSUS, por seu turno, determinou a constituição de grupos uniprofissionais, no intuito de fomentar a discussão e a proposição de mecanismos que incorporem a EIP enquanto lógica estruturante de cada curso, mas ressalta, também, a obrigatoriedade de propostas de ações integradas entre os diferentes grupos tutoriais, na perspectiva da interprofissionalidade (BRASIL, 2015).

Isto exposto, a dimensão interprofissional da integração no desenvolvimento dos projetos da edição GraduaSUS se enunciou nos movimentos de discussão disparados entre os diferentes cursos de graduação, com vistas à incorporação da interprofissionalidade, enquanto fundamento de estruturação dos projetos político-pedagógicos e currículos, e da execução de ações compartilhadas entre as diferentes profissões da saúde.

Embora a integração interprofissional mesmo que, de forma tímida, já se configurasse como uma premissa para alguns cursos e uma realidade para outros (constatada pela existência de experiências já em andamento), a construção de um projeto que efetivamente a contemplasse constituiu-se um desafio para as instituições de ensino.

Nesse processo, cada um dos atores – professores, preceptores e alunos – teve que sair de sua zona de conforto, de seu lócus, para integrar um movimento de construção coletiva

que envolveu diferentes culturas organizacionais, saberes e práticas, e que reivindicou a destituição de posturas antagônicas à horizontalidade da atuação profissional, o exercício da tolerância e a atitude de mudança.

Avanços foram destacados, como o nascimento de processos de discussão sobre o tema, a criação de disciplinas integradoras e a instituição de uma semana de integração. Entretanto, o que se verifica são propostas pontuais que não alteram o modelo fragmentado dos currículos da saúde. O ponto crucial para a efetiva mudança curricular na lógica da interprofissionalidade, segundo alguns participantes das rodas, é o apoio institucional da universidade.

Ainda no sentido da integração interprofissional, cabe mencionar que a permissividade de inclusão de preceptores de categorias profissionais diferentes daquelas contidas nos projetos possibilitou que preceptores supervisionassem alunos de cursos diferentes da sua formação original, o que propiciou uma troca salutar de experiências e conhecimentos.

As ações interprofissionais empreendidas do decurso de execução dos projetos PET-Saúde/GraduaSUS, embora acañhadas, segundo os integrantes das rodas de conversa, catalizaram a resolução de alguns problemas de saúde da população e a compreensão de atribuições comuns aos profissionais envolvidos. Por outro lado, pouco foi possível enxergar o papel específico de cada profissão, já que a composição uniprofissional, bem como a inexistência de preceptores e profissionais de saúde de categorias ainda pouco inseridas na atenção primária, prejudicou o compartilhamento de experiências mais robustas.

Os obstáculos para a efetiva integração ensino-serviço-comunidade

A condução do programa pelas diversas instituições apresentou limites que repercutiram no processo de integração. Questões como diferentes horários de funcionamento dos cursos, a inserção individual de alunos de um mesmo grupo tutorial em diferentes campos de prática, em razão de carga horária conflitante, e o pouco envolvimento de alguns professores, os quais apresentavam uma postura desconectada da prática do serviço, limitaram ou mesmo inviabilizaram um processo de integração mais efetivo e o desenvolvimento conjunto de atividades.

Outro ponto a ser destacado se refere a pouca ou nenhuma intimidade que alguns cursos têm com os serviços de atenção básica. Diferentemente da medicina e da enfermagem tradicionalmente inseridos nesses cenários, e, portanto, já familiarizados com a rede, cursos como a fisioterapia e biomedicina demandaram esforços extras por parte de professores e preceptores. Mais ainda, a inexistência de profissionais com essas formações que pudessem atuar como preceptores também foi um fator limitante do processo de integração.

Outros elementos identificados foram o tensionamento entre as diferentes profissões de saúde, a troca de gestores dos serviços de saúde, períodos de greve universitária, as diferentes dinâmicas de funcionamento do serviço e da universidade, e a lógica de conformação de grupos tutoriais uniprofissionais requerida no edital do PET-Saúde.

Apesar de o discurso da integração ensino-serviço-comunidade não ser novo, a sua prática ainda carece de mais oportunidades e aprofundamento. Para que ela ocorra, antes, é preciso superar o modelo de formação fragmentada, embora

se saiba que este processo é lento e complexo e que demanda discussão, negociação e humildade.

Grande parte dos entraves postos aqui já foram relatados por diversos outros estudos, a exemplo dos de Finkler *et al.* (2011) e Marin *et al.* (2014). O que se percebe, no entanto, é que, apesar dos desafios velhos e novos, que se apresentam para o campo da saúde, tem-se caminhado para tornar possível a integração ensino-serviço-comunidade (ALMEIDA *et al.*, 2012). Passos foram e estão sendo dados em direção a uma formação mais consoante aos princípios do SUS e à democratização das relações operadas em seu âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, aqui, a partir de dados produzidos em rodas de conversa com atores do PET-Saúde/GraduaSUS, discutir os diferentes movimentos de integração ensino-serviço-comunidade empreendidos no processo de construção e execução dos projetos propostos. Para tanto, sistematizou-se uma análise fundada em diferentes interfaces da integração que, ao nosso ver, emergiram dos dados da pesquisa.

As interfaces intrainstitucional e interinstitucional exprimiram os movimentos de diálogo entre os diferentes atores institucionais. No primeiro caso, entre os sujeitos inseridos nos muros acadêmicos; no segundo, entre os acadêmicos e os representantes dos serviços de saúde. A dimensão extrainstitucional vocalizou as ações postas em prática que tiveram a clara intenção de fazer saúde com e para a comunidade. Já a integração interprofissional manifestou a troca de conhecimento e as relações estabelecidas entre os atores de diferentes profissões de saúde.

As dificuldades vivenciadas em cada uma dessas dimensões da integração refletem explicitamente e, sobretudo, o contexto político-histórico que fundou as relações de cultura e de poder entre a academia e o serviço, e entre o campo da educação e do trabalho; emanam, ainda, a ideia de que estas instituições imbricadas no cenário do SUS relegam aos usuários um papel passivo.

As conquistas alcançadas significam, então, a adoção de uma postura de rompimento de práticas alicerçadas na hegemonia e verticalização de saberes, de autonomia e de lugar de fala; de quebra de uma lógica que pressupõe a estagnação dos processos de trabalho e dos métodos de aprendizagem. Mais ainda, denotam que a inclusão da população nos modos de operar o SUS é possível e necessária.

Pelo exposto, o PET-Saúde reafirma o seu papel enquanto política indutora de mudanças de processos e atitudes institucionais, individuais e coletivas. Em se tratando especificamente da edição GraduaSUS, é preciso salientar que ela inova ao elevar a importância do serviço na produção de mudanças, permitindo-lhe ser ator protagonista e corresponsável pelo alcance dos objetivos do programa, da universidade enquanto formadora de futuros profissionais e, por que não dizer, do SUS.

Sabe-se que as transformações esperadas no campo da educação na saúde requerem tempo, maturação, paciência, afeto, imbricações e responsabilização de todos os atores do quadrilátero estruturante do SUS. Tendo em vista o contexto atual de crise política e econômica, mais perseverança e movimentos de luta são necessários para que não haja retrocessos e enfraquecimento dos processos que primam pela garantia de direitos e serviços sociais e de saúde. Outrossim, mais diálogo e integração inter, intra e extrainstitucional são necessários, sem as quais questões estruturais, culturais e hegemônicas consolidadas historicamente jamais serão resolvidas.

ALBUQUERQUE, G. S. C. *et al.* Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 411-430, maio/ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a09v11n2.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

ALMEIDA, L. E. *et al.* Governador Valadares (MG) em extensão: interfaces para a dinamização e instrumentalização do cenário extensionista em um campus recém-implantado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 743-750, out./ dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00622015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0743.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

ALMEIDA, M. M. *et al.* Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 119-126, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a16.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 43, p. 52-53, 5 mar. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2010&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=192>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 165, p. 27, 27 ago. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/08/2008&jornal=1&pagina=27&totalArquivos=72>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. **Diário Oficial da União:** seção 3, Brasília, DF, n. 186, p. 126-127, 29 set. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/09/2015&jornal=3&pagina=126&totalArquivos=304>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 14, de 8 de março de 2013. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/ Rede de Atenção à Saúde 2013/2015. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, n. 47, p. 116-119, 11 mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/03/2013&jornal=3&pagina=116&totalArquivos=204>. Acesso em 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330321691_Politica_Nacional_de_Educacao_Permanente_em_Saude_o_que_se_tem_produzido_para_o_seu_fortalecimento. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_edicao_pet_saude_graduasus.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

268

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, jan./jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

DIAS, H. S, LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf>. Acesso em 4 jul. 2019.

FINKLER, M. *et al.* Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface:**

Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 39, p. 1053-1070, out./dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2011.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FRANÇA, T. *et al.* PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 286-301, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0286.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1613-1624, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0842>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1613.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FREITAS, H. P. *et al.* Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 496-504, jul./ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0496.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

GURGEL, R. M. **Extensão universitária: comunicação ou domesticação**. São Paulo: Cortez, 1986.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptorial do Pró-PET-Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, supl. 1, p. 779-791, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0779.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

MAGNAGO, C. *et al.* PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 24-39, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe1/0103-1104-sdeb-43-spe01-0024.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

MARIN, M. J. S. *et al.* A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 967-974, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.09862012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00967.pdf>. Acesso em 4 jul. 2019.

270

OLIVEIRA SOBRINHO, T. A. *et al.* Integração acadêmica e multiprofissional no PET-Saúde: experiências e desafios. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 39-42, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/abeno/v11n1/a09v11n1.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2019.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD002213, Mar. 2013.

RIOS, D. R. S.; CAPUTO, M. C. Para além da formação tradicional em saúde: experiência de educação popular em saúde na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 184-195, jul./set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180199>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n3/1981-5271-rbem-43-3-0184.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20180237, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0237>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180237.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2949.pdf>. Acesso 10 out. 2019.

Integração ensino e serviço: em busca do eixo perdido

Nelson Bezerra Barbosa | nelsonbbarbosa@gmail.com
Dr. em Saúde Pública; prof. do Centro Universitário de Anápolis –
UniEvangélica

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com
Dra. em Educação; profa. do Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte; pesquisadora e
coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

Cipriano Maia de Vasconcelos | ciprianomaia@gmail.com
Dr. em Saúde Coletiva; prof. do Departamento de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte; secretário estadual de Saúde
do Rio Grande do Norte

Rosana Lúcia Alves de Villar | rosanaalvesrn@gmail.com
Dra. em Ciências Sociais; profa. do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte; pesquisadora e vice-
coordenadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes | tameca@hotmail.com
Mestre em Saúde Coletiva; sanitarista do Departamento de Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

O ordenamento da formação profissional em saúde, no Brasil, está definido como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Seção Saúde da Constituição Federal e regulamentado na Lei 8080 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Esta atribuição caracteriza um caminho para institucionalizar propostas inovadoras voltadas à área de formação e ensino em saúde, associadas às mudanças nas práticas assistenciais, decorrentes das críticas aos modelos vigentes de formação e organização de serviços.

Em relação ao binômio assistência-formação, o debate tem a abordagem ao processo saúde-doença como elemento estruturante, orientado pelos paradigmas prevalentes: o médico biológico, resultante do movimento de edificação da medicina científica que trata o processo saúde-doença como fato objetivo, determinado por uma alteração fisiopatológica causada por um agressor externo (agente etiológico) ou uma disfunção; e o médico-social, sinalizador da complexidade do processo, com seus múltiplos condicionantes e determinantes sociais.

Nesta perspectiva, a transição demográfica e epidemiológica, assim como o reconhecimento da limitada capacidade de o setor, isoladamente, alterar a situação de saúde das populações, implicam o alargamento do conceito de saúde e o fortalecimento do paradigma médico-social (CHAVES; KISIL, 1999; CECCIM; CARVALHO, 2006).

A orientação da formação, seguindo esta dinâmica, organiza-se com base na especialização/fragmentação dos campos

de conhecimento. Este modelo ainda resiste nos espaços de ação dos grandes “hospitais de clínicas”, estruturados à base da oferta de campo de práticas para os diversos cursos da área, com ênfase na formação clínica.

Os currículos, neste contexto, são organizados com base na segmentação entre ciclo básico e clínico, abrindo um enorme fosso entre teoria e prática e causando prejuízos a uma abordagem integrada da aprendizagem. Assim, configura-se o processo de formação derivado das recomendações do Relatório Flexner, modelo adotado em vários países (CHAVES; KISIL, 1999).

A medicina integral insurgiu-se contra a tendência à especialização que, segundo os críticos deste movimento, reduzia o diagnóstico à identificação de sinais e sintomas de uma doença ou agravo, perdendo de vista a interação entre os diversos sistemas com as queixas do paciente, além de outras dimensões, como a afetivo-emocional.

Por outro lado, a medicina comunitária amplia esta abordagem e engloba o papel central das condições de vida na determinação de problemas em saúde. Com base nesta abordagem, preconiza a necessidade de levar a assistência para além do hospital, aproximando os pontos de atenção e os espaços comunitários.

A afirmação da importância desta nova perspectiva educativa gerou movimentos de mudança na formação profissional em saúde, introduzindo novas abordagens ao processo de ensino-aprendizagem. Articuladas em rede, estas experiências influenciaram o processo de institucionalização das contribuições gestadas em projetos pelo Ministério da Saúde, buscando sistematizá-las e, com base nelas, induzir as instituições educacionais a aderirem aos processos de mudança da formação profissional em saúde, o que fez valer as diretrizes

constitucionais no campo da educação em saúde (MARCH; FERNANDEZ; PINHEIRO, 2006).

Este estudo tem como propósito analisar contribuições de experiências para desenvolvimento de novas práticas sanitárias e de ensino no processo de formação profissional em saúde, tendo como base artigos publicados sobre a temática. As questões norteadoras do estudo foram: quais são as abordagens prevalentes nos artigos que tratam sobre formação profissional em saúde? Quais as contribuições das experiências de formação estudadas pelos autores dos artigos identificados para a instituição de novas práticas sanitárias e de ensino.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão integrativa, abrangendo artigos produzidos com base na temática em questão: formação profissional em saúde. A revisão integrativa refere-se a uma modalidade de revisão sistemática, caracterizada como “um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 1).

A fonte de informação utilizada foi a base Scielo e os descritores utilizados foram: *formação profissional e saúde, mudanças e Sistema Único de Saúde*. A combinação destes descritores resultou no levantamento de 59 artigos, que foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: 1) publicações em português; 2) publicações que tivessem como escopo os processos de mudança na formação profissional em saúde. Ainda, foram excluídos os que tratavam de capacitação de trabalhadores e/ou de experiências de adoção de tecnologias ou novos espaços de formação para categorias específi-

cas, correspondentes às demandas de educação continuada. Após esta depuração, foram selecionados quinze artigos, que foram compreendidos entre os anos de 2001 e 2013.

Desta forma, o desenvolvimento da referida revisão incluiu as seguintes etapas: definição das questões norteadoras; busca na literatura, com categorização e definição dos eixos para estruturação; análise crítica dos artigos; discussão dos resultados e síntese da revisão. Também foi adotada a frequência como critério de agrupamento e classificação dos conteúdos abordados.

Neste sentido, foram identificados e selecionados os seguintes eixos para estruturar esta revisão: a integralidade como elemento informativo do processo de formação; a integração ensino-serviço como estratégia para um novo modelo de formação; a formação para o SUS; a centralidade do trabalho; as novas experiências de reorganização da relação assistência-formação e sua institucionalidade; os novos cenários e práticas de ensino; o papel da Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS); e, por fim, as repercussões sobre a estruturação das diretrizes curriculares nacionais para formação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão organizados em seis subitens: Da medicina integral à integralidade na Atenção: em busca do eixo perdido; Integração ensino-serviço e o desenvolvimento de novas práticas sanitárias e de ensino; Formação para o SUS e a centralidade do trabalho; Novas experiências de integração ensino-serviço e a institucionalização de novas abordagens na formação; Novos cenários e práticas de ensino: a Atenção

Primária e as Redes de Atenção à Saúde; e As Diretrizes Curriculares Nacionais: repercussões da experiência acumulada, os quais apresentam aspectos conceituais, históricos e contextuais discutidos pelos autores estudados, incorporando uma análise dos autores deste estudo.

Da medicina integral à integralidade na atenção: em busca do eixo perdido

O modelo Flexneriano mantém relação de coerência com o paradigma biológico, uma vez que o corpo é seu objeto de trabalho e os hospitais, os espaços de ordenamento das intervenções sobre este (corpo). Assim, é neste espaço de migração do ciclo básico (teoria) para o ciclo profissionalizante (prática) que a formação do profissional de saúde se dá. No Brasil, este modelo foi iniciado na década de 1940, com impacto importante sobre os cursos da área da saúde, sobretudo, nos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Neste modelo, a incorporação tecnológica é fundamental para manter e ampliar a capacidade de atendimento das unidades hospitalares. Entretanto, gera gastos crescentes para o setor e induz à replicação em grande escala para países mais pobres. Neste cenário, despontaram propostas de mudanças na oferta da assistência e na formação profissional. Então, movimentos como Medicina Integral, Medicina Comunitária e Preventivismo proporcionaram a possibilidade de questionar o modelo hegemônico e o desenho de novas possibilidades de organização das ações e serviços de saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; BATISTA, 2013).

A Medicina Comunitária propunha um modelo simplificado (não simplista) de atenção à saúde, que fosse o mais pró-

ximo possível dos espaços comunitários, além de mais representativo dos perfis de morbimortalidade e de suas redes de causalidade. Seus projetos, por sua vez, ancorados nos Departamentos de Medicina Preventiva, surgiram entre os anos de 1960 e 1970, organizados sob a forma de projetos de extensão comunitária, pouco integrados aos departamentos clínicos.

Deste modo, a crítica central ao referido modelo realçava a fragmentação na atenção e no ensino, vigente nos modelos dominantes, e como contraponto, propunha uma abordagem integral do processo saúde-doença, mais voltada ao paradigma médico-social (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; BATISTA, 2013).

A noção de integralidade teve efeito recursivo sobre a discussão relativa às mudanças no processo de formação, com desdobramentos acerca dos aspectos que envolvem a formação, como, por exemplo, o trabalho em equipe/interdisciplinaridade e, posteriormente, o papel das linhas de cuidado enquanto outro elemento de referência para a integralidade, em sua interface com a formação.

Um ponto de partida para esta discussão foi proposto por Machado *et al.* (2007, p. 336) ao definirem a integralidade como

[...]um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir pelo acesso permitido por eles próprios.

Contrária ao processo de fragmentação na atenção e no ensino, a adoção do conceito de integralidade como prática sanitária tem sua referência nas linhas de cuidado para os di-

versos grupos e tipos de agravos. Enquanto um conjunto de ações articuladas para promoção da saúde, proteção contra fatores de risco e vulnerabilidades de pessoas e grupos e assistência aos danos, segundo componentes e características do processo saúde-doença, essas linhas de cuidado são desenvolvidas em todas as unidades e níveis assistenciais do sistema (MACHADO *et al.*, 2007).

Desta forma, a integralidade apresenta-se como importante eixo estruturante dos diversos projetos de reestruturação da formação profissional em saúde, atravessando experiências que vão desde os projetos de integração docente-assistencial (IDA), conjunto de projetos da Rede UNI (Uma Nova Iniciativa no Ensino em Saúde), resultante da atuação da academia, até os projetos desenvolvidos no âmbito do Ministério da Saúde, como: Promed, Pro-saúde, VerSUS e AprenderSUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; MACHADO *et al.*, 2007).

Integração ensino-serviço e o desenvolvimento de novas práticas sanitárias e de ensino

A integralidade, na medida em que propõe uma nova abordagem ao processo saúde-doença, também suscita a necessidade de que novos espaços sejam incluídos para organização da atenção e, conseqüentemente, da formação. Os espaços comunitários apresentam-se como o lócus privilegiado para organização da atenção, na perspectiva da aproximação entre demandas e necessidades em saúde, além do contexto social e econômico que as produz e mantém.

Durante alguns anos, grande parte dos projetos de extensão comunitária, desenvolvidos pelas universidades, com o

objetivo de diminuir a distância entre teoria e prática, bem como entre assistência e formação, estruturavam-se em torno da proposta da Integração Docente-Assistencial (IDA).

De acordo com Albuquerque *et al.* (2007, p. 357),

entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação profissional em saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Este processo de integração sinaliza para o fato de que as mudanças na forma de ofertar atenção à saúde implicam mudanças no processo de ensino e nos cenários onde ele ocorre, indicando a centralidade do trabalho na formação. Esta aproximação refere-se a um movimento tático de superação das dificuldades na introdução da abordagem epidemiológica e social aos problemas de saúde (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Para realizar esta aproximação, é preciso superar o desafio das competências tradicionalmente estabelecidas para as instituições de ensino e a gestão dos serviços de saúde. Assim, ao primeiro, compete a produção de pesquisa e conhecimento e, ao segundo, a organização de ações de saúde.

Nesta perspectiva, a produção de conhecimento deve ser feita nos cenários onde a formação se desenvolve, ou seja, nos serviços de saúde. A ideia animadora da integração entre o serviço e o ensino é a de que cada unidade do sistema possa vir a se constituir em um espaço de ensino, assistência e pesquisa em saúde. A articulação destes três componentes ao

processo de ensino objetiva a qualificação da formação em saúde (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Tendo em vista que um dos propósitos dos projetos de integração ensino-serviço é o desenvolvimento do protagonismo das comunidades no enfrentamento dos problemas de saúde, um novo enfoque foi adotado por um conjunto de projetos nesta área, como, por exemplo, os projetos UNI, financiados pela Fundação Kellog, com experiências desenvolvidas em todo continente latino-americano.

No Brasil, eles se constituíram em seis projetos, desenvolvidos em Botucatu, Marília, Brasília, Salvador, Londrina e Natal. A ideia era de que a comunidade não apenas se incorporasse às atividades promovidas pela academia e serviços, mas agregasse suas experiências, participasse do processo decisório dos rumos do projeto e colaborasse na avaliação do alcance das experiências desenvolvidas (FEUERWERKER; SENA, 2002).

O acúmulo das experiências de integração ensino-serviço, desenvolvidas pelos projetos IDA (anteriores ao SUS) e projetos UNI (pós-implantação do SUS), promoveu a incorporação de um conjunto de elementos importantes, tais como a utilização de metodologias ativas, o ensino centrado no aluno e currículos flexíveis e a adoção dos serviços como cenários de ensino. Essas experiências articularam-se em uma rede (Rede Unida) que segue apoiando e fortalecendo movimentos de mudança na formação profissional (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; FEUERWERKER; SENA, 2002).

A despeito das contribuições aportadas pelos projetos de integração ensino-serviço desenvolvidos, observa-se uma baixa capacidade de institucionalização das experiências, com resultados menos promissores que o aporte produzido. Esta situação é avaliada como decorrência da inexistência de

uma estrutura no âmbito do Ministério da Saúde capaz de sistematizar as experiências e, delas, extrair orientações para a sua continuidade.

A despeito da prerrogativa constitucional do SUS, em relação ao ordenamento da formação profissional para o sistema, somente após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, foi possível observar avanços significativos na direção do cumprimento do preceito constitucional, com a implantação de experiências coordenadas e financiadas pelo Ministério da Saúde.

Estas experiências surgiram ancoradas na contribuição das experiências docente-assistenciais, que foram desenvolvidas em uma maior integração do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, via SGTES. Isso resultou na formulação de diretrizes de ensino para a graduação e na regulação da oferta de formação continuada, nas modalidades de residências médicas e multiprofissionais. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; BATISTA, 2013; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Formação para o SUS e a centralidade do trabalho

A tendência apresentada pela literatura sobre a interação entre assistência e formação observa

a necessidade de uma melhoria na formação dos profissionais de saúde, em especial, como um dos elementos determinantes para resolver a crise do setor. Para tanto, urge que os profissionais cheguem preparados para enfrentar os desafios de seus postos de trabalho, sobretudo em relação à compreensão do processo

saúde-doença como decorrente de múltiplos fatores (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013, p. 194).

Estes autores reafirmam o papel da Integralidade como eixo condutor do processo de formação, fundada na compreensão do processo saúde-doença e orientada pela lógica do paradigma médico-social. A respeito do acúmulo teórico-conceitual, persiste a questão relacionada às possíveis formas de mudança.

Deste modo, alternativas de mudanças dividem-se, fundamentalmente, entre: a) demandar e impactar mudanças nos processos de formação profissional na construção do SUS; b) ter as alterações nos processos de ensino e nas instituições formadoras como aspecto central a ser considerado; c) promover, de forma simultânea, mudança nas práticas sanitárias e de ensino (BATISTA, 2013).

Este debate tende a convergir para uma abordagem estratégica que privilegia as mudanças no processo de formação; embora, paradoxalmente, reconheça-se não ser este o único desafio do SUS. Esta não é uma tarefa fácil, sobretudo, quando se reconhece o caráter de reciprocidade entre formação/capacitação e assistência, que não é da simples reprodução de um modelo assistencial, mas de sua própria construção e dos seus efeitos sobre conteúdos e práticas de ensino a serem incorporados no processo de formação (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; FEUERWERKER; SENA, 2002; PEDUZZI, 2013; PINTO *et al.*, 2013).

A este desafio, corresponde uma estratégia de integração ensino-serviço, como forma de aproximar formação e assistência (teoria e prática). Este movimento de aproximação abre a possibilidade de resolução do problema da inadequação das metodologias e dos cenários de ensino-aprendizagem às de-

mandas da sociedade e da construção do SUS, vista como um dos gargalos da formação.

O descompasso entre academia e serviço decorre da diferença entre a lógica dos serviços (orientados pela produção de atos assistenciais) e a lógica das instituições formadoras (orientadas pela produção e transmissão de conhecimento), sendo o elemento central na explicação da incapacidade dos recursos humanos promoverem a reorganização dos serviços (COSTA; MIRANDA, 2008; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

No âmbito da formação, o acúmulo de experiências adquiridas pelos projetos de integração docente-assistencial (IDA/UNI) firma certo consenso em relação a algumas diretrizes para superar as distâncias entre academia e serviço, na perspectiva de responder à necessidade de reorganização dos serviços, dos conteúdos e das práticas de ensino, como a interdisciplinaridade, a mudança de cenários de ensino, educação problematizadora, integração ensino-serviço-pesquisa e a centralidade do trabalho na formação (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Uma vez escolhido um modelo de sistema e sua abrangência, cabe ao poder público dar materialidade ao projeto, resultante do esforço produzido pelo trabalho qualificado dos atores e agentes do sistema. O trabalho tende a ser o elemento de regulação dos processos de formação, observando as competências requeridas para o desenvolvimento do sistema e de seus objetivos (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; AMÂNCIO FILHO, 2004; DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Logo, admitir a centralidade do trabalho no processo de formação implica introduzir dois novos elementos ao processo, sendo um de natureza conceitual e, outro, de natureza prática. Do ponto de vista conceitual, a centralidade do trabalho estabelece a referência para a noção de Educação Permanente,

considerando a diferença e a complementariedade com a noção de Educação Continuada. Enquanto a Educação Continuada orienta-se pelas demandas de elevação de competência técnica e desenvolvimento da carreira individual,

a Educação Permanente baseia-se nas necessidades detectadas no processo de trabalho à luz de contextos específicos. A capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 895-896).

O desdobramento de natureza pragmática é como articular instituições e interesses diversos em relação à institucionalização do processo de regulação, considerando que ele se realiza em espaço compartilhado de poder. A prerrogativa de ordenamento da formação profissional para o SUS não se faz sem uma concertação mais ampla, envolvendo o Ministério da Educação, entidades de regulação profissional (conselhos), Conselho Nacional de Saúde, trabalhadores e gestores do sistema, bem como suas formas de representação política.

Para encaminhamento desta tarefa, o Ministério da Saúde trabalhou em duas frentes simultâneas: a organização de novas experiências de integração ensino-serviço e a discussão sobre as diretrizes curriculares dos cursos de formação profissional na área da saúde.

Para tanto, ancorou as experiências de integração entre formação e assistência nas diretrizes consensuais decorrentes dos acúmulos dos projetos desenvolvidos, alargando a sua abrangência por indução financeira, além de estabelecer compensações a indivíduos e instituições que aderissem aos referidos

projetos. Estas iniciativas estenderam-se para além do ensino de graduação e atingiram programas de residências médica e multiprofissional (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; COSTA; MIRANDA, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Novas experiências de integração ensino-serviço e a institucionalização de novas abordagens na formação

Os projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde reafirmam a centralidade do trabalho na formação, que deve se dar no âmbito da rede de ações e serviços do sistema, com ênfase na inserção precoce de discentes na Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família.

A primeira das experiências iniciou-se no ano de 2002, com o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). A proposta de iniciar o trabalho de apoio às mudanças curriculares pela Medicina justificava-se por ela concentrar os maiores desafios da formação profissional em saúde, em função de sua tendência à especialização e da forte influência do modelo biológico, herança do relatório Flexner sobre a formação desses profissionais.

O programa tinha o propósito de adequar a formação médica ao processo de organização do SUS por meio de co-operação técnica, a fim de apoiar as mudanças curriculares e o fortalecimento da rede de serviços enquanto espaço de formação. Para tanto, teve um custo total de oito milhões de reais, financiado pelo Ministério da Saúde, com atuação concentrada na adesão de doze escolas. Além disso, uma pesquisa de avaliação dos efeitos desta iniciativa revelou pouca mudança estrutural nos cursos de Medicina, mesmo em ins-

tituições participantes de projetos realizados pela Rede Unida (BATISTA, 2013; COSTA; MIRANDA, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Desta forma, o ano de 2003 representou um momento de inflexão para o movimento, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esta nova estrutura do Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de implementar movimentos de mudança no ensino em saúde, abrindo importante interlocução com o Ministério da Educação, com sujeitos e com as instituições remanescentes das experiências de integração docente-assistencial.

Entre os anos de 2003 e 2004, a SGTES desenvolveu dois projetos que seguiam a linha da formação para o trabalho e da integralidade como eixo estruturante da formação. O primeiro deles, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS/Brasil, que propôs a exploração das possibilidades oferecidas pelo sistema, espaço de desenvolvimento de atividades de ensino, buscando estreitar os laços entre as instituições formadoras e os serviços, especialmente pela interação com a Estratégia Saúde da Família.

O segundo projeto, denominado Aprender SUS, lançado em 2004, recuperou o debate sobre o papel do conceito de integralidade como eixo da formação em saúde. O Aprender SUS, como desdobramento, teve o projeto de Formação de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde, curso de especialização ofertado na modalidade Ensino a Distância (EaD), baseado em elementos conceituais, como: currículo integrado, metodologias ativas de aprendizagem e a própria educação a distância.

Ainda no âmbito do Aprender SUS, foi desenvolvido o projeto Ensina SUS, abrangendo um conjunto de pesquisas e experiências de ensino como forma de proporcionar elemen-

tos teórico-conceituais às experiências práticas realizadas nos espaços de integração ensino-serviço. O elemento transversal destas experiências é a ideia de Educação Permanente, cuja base conceitual é a formação no trabalho e para o trabalho (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; COSTA; MIRANDA, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Com base na trajetória e vivências acumuladas pelo Pro-med, o Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, por meio de portaria conjunta, lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), abrangendo os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Esta nova iniciativa focalizava na aproximação da academia com os serviços de saúde, sustentada na reorientação da formação profissional e na abordagem integral do processo saúde-doença através da atenção básica (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013)

A adesão ao programa dava-se por meio de apresentação de projeto e carta compromisso do gestor municipal. A seleção adotava como critério de inclusão a relação entre o projeto e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde. Em 2007, com a criação dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço, propostos pelo Pacto pela Saúde, o Pró-Saúde foi estendido aos demais cursos da área da saúde – Pró-Saúde II. O volume de recursos empregados nas duas etapas do Pró-Saúde atingiu 53 milhões de reais e envolveu 77 secretarias de saúde (BATISTA, 2013; BATISTA; GONÇALVES, 2011; COSTA; MIRANDA, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Ainda em 2007, na esteira de investimentos para promover mudanças na formação profissional, surgiu o Programa

de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), cuja proposta era “favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; a constituição de grupos de aprendizagem tutorial; a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço; incluindo um plano de pesquisa em atenção básica” (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013, p. 1618).

Nesta experiência, um aspecto importante a destacar é a ampliação do protagonismo do componente serviço, em detrimento do prevalente papel exercido até então pelas instituições de ensino. A partir de 2010, o programa adotou elementos temáticos como forma de imprimir nova direção, observando a diversidade de atores, interesses e frentes de trabalho organizadas para além da atenção primária (COSTA; MIRANDA, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Portanto, os relatos convergem para a abrangência destas experiências, em função do processo de institucionalização decorrente do papel desempenhado pela SGTES – formulador e financiador destes projetos/programas – ressaltando o papel do financiamento como elemento de estímulo à adesão dos diversos atores e instituições de ensino e serviços de saúde.

Então, observa-se a necessidade de estudos avaliativos sobre o impacto destas experiências na formação em saúde, na reorganização do sistema e de suas práticas sanitárias, assim como nos processos de trabalho que extrapolam a atenção primária.

Novos cenários e práticas de ensino: a atenção primária e as redes de atenção à saúde

Neste ponto, destaca-se o papel de novos cenários de ensino, considerando o deslocamento da formação para o espaço da

atenção à saúde, com ênfase no ingresso dos alunos na Atenção Primária/Estratégia Saúde da Família, visto que é um espaço privilegiado de desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, em virtude da capilaridade, da complexidade e longitudinalidade no processo de acompanhamento, além da interação com os demais níveis.

A mudança de cenário tem implicações sobre a organização de conteúdos e práticas de ensino, com reestruturação dos espaços das unidades formadoras que favorecessem processos de aprendizagem ativa. Os conteúdos passam a ser organizados com base na abordagem do processo saúde-doença, com fundamento no conceito de integralidade (em suas diversas dimensões) (COSTA; MIRANDA, 2008).

Como espaço para o desenvolvimento de um novo perfil profissional em saúde, a emergência da Atenção Primária em Saúde (APS) tem a ver com o movimento de construção de uma alternativa ao modelo flexneriano e com a prevalência do hospital enquanto local de realização das ações de ensino. Dentre as propostas elaboradas, a Medicina de Família revela-se como uma possibilidade de reforma da prática médica. Este movimento pressupõe o investimento na formação profissional para atuar na APS, a melhoria nas condições de trabalho, a estruturação de um mercado de trabalho capaz de comportar o profissional, a remuneração adequada e a estabilidade no exercício profissional (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; MORETTI-PIRES, 2009).

Os movimentos de reestruturação das práticas sanitárias são fortemente influenciados por dois fatos questionadores do modelo assistencial dominante e da capacidade de alterar marcadores de saúde, os quais afirmam que a APS é o elemento nuclear do processo de transformação dos sistemas de saúde. Então, o primeiro refere-se ao Relatório Lalonde, que

indica os limites do setor saúde a fim de conduzir melhorias voltadas à área. O segundo fato, por sua vez, diz respeito à Conferência de Alma-Ata, cujo tema é Saúde para Todos no ano 2000, indicando o fortalecimento da APS como caminho (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

A prioridade conferida à APS, como centro de disseminação de projetos de reestruturação da assistência e do ensino, apoia-se nos processos de inovação tecnológica no setor saúde, mobilizados para fortalecer as práticas de ensino, os laboratórios de práticas clínicas e os softwares desenvolvidos para buscar informações. Estes são apenas alguns dos exemplos de novas possibilidades abertas. Inclusive, do ponto de vista do mercado de trabalho, a expansão da cobertura na APS institui um novo mercado, com alta capacidade de manter uma equipe de profissionais formados (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Entretanto, a expansão deste mercado não foi acompanhada, com a mesma intensidade, por modelos de formação capazes de atender ao aumento da demanda através de uma oferta qualificada de profissionais para superar a inadequação entre a formação de recursos humanos e as demandas e necessidades dos usuários do sistema.

Neste contexto, as experiências de projetos e programas de integração docente-assistencial, bem como as reestruturações implementadas no desenho da formação, parecem não ter produzido o efeito esperado em relação ao binômio formação-assistência (COSTA; MIRANDA, 2008). Segundo Moretti-Pires (2009), o modelo biológico ainda prevalece na prática sanitária na APS/ESF, comprometendo sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população dependente do sistema.

Logo, considerando o movimento no âmbito do SUS para constituir redes de atenção enquanto arranjo tecnológico ar-

ticulador dos diversos pontos de atenção, de acordo com suas densidades tecnológicas, com vistas a permitir o acesso do usuário aos recursos relativos ao atendimento de suas necessidades, a ênfase na APS pode resultar em comprometimento da integralidade na atenção.

Assim sendo, quanto à incorporação de uma abordagem integral, a trajetória do aluno em processo de formação, talvez, tenha melhor efeito se organizada não apenas em relação ao acompanhamento dos problemas de maior prevalência em uma região, mas também na forma como o sistema se organiza e atua para controlá-los.

As diretrizes curriculares nacionais: repercussões da experiência acumulada

292

O conceito ampliado de saúde, resultante da interação entre variáveis como condições de vida, padrões e hábitos de consumo, além do acesso a bens e serviços produzidos pelo setor saúde, requer uma forma de abordar demandas e necessidades em saúde para além da explicação do processo saúde-doença pelo paradigma biológico. A incorporação tecnológica, por sua vez, demanda formação que contemple o manejo competente destas, no diagnóstico e tratamento de doenças e agravos.

Nesta perspectiva, as características próprias do trabalho em saúde são elementos tradutores da complexidade do processo de formação em saúde, com desdobramentos sobre o mercado de trabalho em saúde, uma vez que maiores investimentos em formação profissional impactam diretamente nas médias salariais praticadas pelo setor (COSTA; MIRANDA, 2008; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; MORETTI-PIRES, 2009; DEDECCA; TROVÃO, 2013).

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), por um lado, representam a sistematização e institucionalização da experiência acumulada pelos projetos de integração ensino-serviço (IDA, UNI, Promed e Pró-Saúde), com adoção de novos cenários e práticas de ensino; por outro, sua incorporação efetiva como modelo de formação estabelece a possibilidade de validação da eficácia e efetividade deste modelo em relação ao macro objetivo de reorganização do SUS.

Neste sentido, elas assumem o duplo desafio de incorporar as mudanças na estrutura e no funcionamento do setor saúde ao processo de formação, assim como os novos paradigmas no campo da educação, com a adoção de novas formas de conhecimento e de novos espaços e protagonismos para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem (COSTA; MIRANDA, 2008).

Há, portanto, uma lacuna a ser preenchida no que diz respeito ao trabalho de investigação e avaliação do processo de implementação das novas Diretrizes Curriculares, bem como dos seus efeitos em relação à aquisição de competências possivelmente proporcionadas pelo novo modelo de formação. Ou seja, é preciso avaliar a coerência interna do modelo em relação à capacidade de promover mudanças na forma de organizar o sistema, visando à integralidade na atenção à saúde.

Assim, estas avaliações poderão fornecer mais pistas sobre os limites e possibilidades de integrar formação e assistência dentro do ideário SUS quando confrontadas com o modelo estruturado no tripé assistencial-de formação-complexo industrial em saúde, o qual mantém total coerência com o modelo médico-biológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade na atenção se constitui como eixo estruturante da formação em saúde, embora enfrente grandes dificuldades de expressão material concreta na atuação do SUS, pois é preciso considerar as diversas dimensões que atravessam este conceito. A integração ensino-serviço segue como tendência dominante em relação às estratégias para diminuir a distância entre academia e serviço, uma vez que possibilita o desenvolvimento de diversas experiências nesta área.

A implementação de novos cenários e práticas de ensino, com inserção precoce de alunos nos serviços de saúde e utilização de metodologias ativas de aprendizagem, tem sido a marca dos processos de formação que tem o trabalho como elemento central. A busca ativa pelo conhecimento explora situações-problema pertinentes à realidade sócio-sanitária prevalente nos espaços de atuação futura dos profissionais.

A Atenção Primária, considerando sua importância no controle de problemas em saúde, tem sido o locus privilegiado do processo de formação profissional. Entretanto, o modelo de organização da atenção à saúde, na lógica de redes assistenciais, problematiza os limites da APS para o desenvolvimento de uma abordagem integral, apontando para novas possibilidades que incluam o processo de operacionalização das redes e seus desdobramentos sobre novas formas de exploração dos cenários de ensino.

Portanto, apesar de as contribuições dos projetos/programas de integração docente-assistencial terem promovido avanços significativos quanto ao processo de institucionalização de mudanças curriculares que afetam a formação, ao incorporar boa parte dos seus ideários; ainda há a necessidade de maior desenvolvimento de estudos que analisem a

coerência interna deste modelo de formação, considerando as competências requeridas para reorganização do sistema, bem como a capacidade de o modelo de formação em questão influenciar novas práticas sanitárias.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, jul./set. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>. Acesso em: 6 mar. 2019.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n38/n38a07.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 191-A, 5 out. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação

da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n.182, p.18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/09.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino de Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO, 2006, p. 70-92.

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. *In*: ALMEIDA, M. J; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (org.). **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 47-81.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/06.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-196, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2013.v22n1/187-196/pt>. Acesso em: 6 mar. 2019.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 37-49, fev. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/04.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>. Acesso em 15 jun. 2019.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em 15 jun. 2019.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V.S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para transformação. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO, 2006. p.179-204.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 153-166, jul./set. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

PEDUZZI, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1539-1541, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

Perfil dos gestores municipais de saúde: um retrato regional no interior paulista

Denise Elaine Garozi | degat@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva; enfermeira da Estratégia Saúde da Família do
município de Marília/SP

Antonio Luiz Caldas Junior | caldas@fmb.unesp.br

Dr. em Medicina Preventiva; prof. do Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu/SP

Edinalva Neves Nascimento |

edinalvanevesnascimento@gmail.com

Dra. em Educação; pós-doutora em Ciclos de Vida e Sociedade;
fonoaudióloga e coordenadora de Serviços Administrativos da Secretaria
de Saúde de Marília/SP

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relembra que em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi consagrado pela Constituição Federal, estabelecendo a saúde como um dever do Estado e um direito de cidadania (BRASIL, 2009).

No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), conforme o pacto federativo brasileiro. O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “sistema” nacionalmente estruturado, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum e baseado nos princípios doutrinários (BRASIL, 2009).

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante definir quais são as funções gestoras no SUS e quem são seus gestores em cada esfera de governo. Os gestores do SUS são aqueles nomeados para o desenvolvimento das funções executivas da saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).

Segundo o CONASEMS, é imprescindível harmonizar a vitoriosa proposta política de governo do prefeito eleito com as demandas da comunidade, da sociedade organizada, dos

trabalhadores da saúde e com os demais atores políticos no município. O gestor da saúde que administra com responsabilidade deve garantir um permanente espaço para a articulação entre a secretaria municipal de saúde e estes atores, com base nas disposições constitucionais (BRASIL, 2009).

Ao compor sua equipe, o secretário municipal de saúde deve ter em vista que a instituição a qual ele é responsável por comandar as ações e serviços de atenção à saúde do SUS no âmbito municipal. Assim, deve selecionar profissionais capazes de conduzir política e tecnicamente as questões relacionadas à área da saúde. A equipe deve estar apta a lidar com planejamento, administração, organização e o financiamento dos serviços, além de desenvolver políticas intersetoriais, integrando Saúde, Educação, Saneamento, Meio Ambiente, Transporte, Segurança e outros setores. Na medida do possível, é desejável, ainda, que especialistas em Saúde Pública componham as equipes. Além disso, torna-se essencial o investimento do setor público na formação dos profissionais que atuam no SUS (BRASIL, 2009).

Em âmbito nacional, o Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), cuja missão inclui desenvolver ações e projetos visando o fortalecimento da capacidade de gestão do gestor federal e do processo de descentralização do SUS, realizou um conjunto de oito pesquisas, no período de 2001 a 2008, envolvendo prefeitos e secretários municipais da saúde, secretários estaduais, Conselhos de Secretários Municipais da Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). No que tange aos secretários municipais de saúde, os principais problemas sinalizados foram: gestão, financiamento da saúde, rede de serviços/tecnologias/insumos/recursos humanos, usuários e apoios institucionais das três esferas de governo.

Na busca de informações sobre os perfis dos secretários da saúde, encontram-se poucos estudos realizados. Na década de 1990, sobre este tema, Fleury *et al.* (1997) realizaram pesquisa partindo da hipótese de que a descentralização poderia estar induzindo modificações na composição e na direcionalidade do poder local, através de alterações provocadas no perfil do gestor e no processo de gestão.

No estado de Mato Grosso, Rocha (2003) realizou uma pesquisa para identificar a adesão dos gestores municipais ao “Programa de Saúde da Família – PSF”. Castro, Castro e Vilar (2005) procuraram responder a pergunta “Quem são os gestores de saúde do Estado do Rio Grande do Norte?” Para isso, realizaram uma pesquisa aplicando questionários sobre características sociais e profissionais dos secretários municipais de saúde (gestão iniciada em 2005) do estado do Rio Grande do Norte, além de identificar aspectos relevantes para o planejamento dos processos de capacitação destinados à qualificação da gestão municipal. Bellini, Sobrinho e Rodrigues (2006), com o objetivo de identificar o perfil da formação profissional de gestores das secretarias municipais da saúde do Rio Grande do Sul, na gestão 2004/2008, buscaram criar subsídios para o desenvolvimento de capacitações específicas. Também no estado de Mato Grosso, no ano de 2008, Luna (2008) realizou pesquisa sobre o perfil dos gestores municipais de saúde, isso em 52,4% dos 141 Gestores Municipais de Saúde.

Os estudos citados anteriormente instigaram a realização de outra pesquisa sobre o perfil dos secretários de saúde no estado de São Paulo. Esse artigo apresenta resultados da referida pesquisa que foi realizada sobre o perfil dos gestores municipais de saúde. Ela foi desenvolvida na área de um Departamento Regional de Saúde (DRS) do interior do estado de São Paulo.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de acordo com seus objetivos e forma de abordagem. A pesquisa descritiva busca a descrição de fatos tal qual eles se encontram e, também, descobrir fenômenos procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (LEÃO, 2016).

As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Gil (2008) defende que este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais. Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla (GIL, 2008).

Foram convidados a participar do estudo todos os secretários de saúde dos municípios situados na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde IX (DRS IX). O DRS IX é constituído por 62 municípios: Adamantina, Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Arco Íris, Assis, Bastos, Bernardino de Campos, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzália, Echaporã, Espírito Santo do Turvo, Fernão, Flórida Paulista, Florínia, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, Herculândia, Iacri, Ibirarema, Inúbia Paulista, Ipaussu, Júlio Mesquita, Lucélia, Lupércio, Lutécia, Maracá, Mariápolis, Marília, Ocaçu, Óleo, Oriente, Oscar Bressane, Osvaldo Cruz, Ourinhos, Pacaembu, Palmital, Paraguaçu Paulista, Parapuã, Pedrinhas Paulista, Platina, Pompéia, Pracinha, Queiroz, Quintana, Ribeirão do Sul, Rinópolis, Sagres, Salmourão, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã, Timburi, Tupã, Ubirajara e Vera Cruz.

O estado de São Paulo, por meio do Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, foi dividido em dezessete departa-

mentos de saúde. Estes departamentos são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde, no âmbito regional, e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

Figura 1 - Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde



Fonte: SÃO PAULO. Departamento Regional de Saúde, (2012)

Como instrumento de coleta de dados, foi elaborado um questionário para caracterização de perfil dos participantes com as seguintes variáveis: município, sexo, idade, escolaridade, formação profissional (graduação e pós-graduação), tempo e local de atuação como secretário municipal de saúde. Após a formulação do questionário, foi realizado um teste do instrumento com um secretário de saúde de um município não participante da regional.

Na coleta de dados, os questionários foram enviados aos secretários por meio eletrônico (e-mail). Foram realizadas até três tentativas. Para aqueles que não responderam por e-mail, foi realizada a tentativa também via correio, com autenticação de recebimento e correspondência quitada para remissão do termo de consentimento e do questionário. Considerou-se, como prazo final para recebimento do questionário, o último mês da gestão do governo municipal.

As informações obtidas através do instrumento aplicado foram codificadas e tabuladas caracterizando o perfil do gestor.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, sendo aprovado sob o Protocolo CEP 4268/2012. Respeitando os princípios éticos (COZBY, 2003), todos os secretários de saúde participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dentre todos os 62 Secretários convidados, 43 (69,4%) aceitaram participar do estudo e responderam ao instrumento de pesquisa; desses 43, 19 (44,2%) eram do sexo masculino e 24 (55,8%) do sexo feminino.

A idade variou entre 24 a 61 anos, com predominância na faixa etária de 31 a 40, correspondendo a 15 gestores (34,8%). A maioria dos gestores da saúde da DRS IX é, portanto, adulto jovem. Apenas um sujeito apresentava idade superior a 60 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos secretários municipais de saúde entrevistados, segundo sexo e faixa etária, DRS IX, 2013

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
21 - 30 anos	01	02	03
31 - 40 anos	05	10	15
41 - 50 anos	05	07	12
51 - 60 anos	07	05	12
61 e + anos	01	-	01
Total	19	24	43

Fonte: Autores

No que diz respeito ao tempo trabalhado na função de secretário municipal da saúde, observa-se que 33 (76,7%) permanecem, em média, durante dois mandatos na gestão municipal. Há uma relevante queda da permanência após dez anos.

Tabela 2 - Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde, segundo tempo de trabalho na função, DRS IX, 2013

Tempo de trabalho	Quantidade	%
< de 1 ano	03	7,0%
1 a 4 anos	21	48,8%
5 a 9 anos	12	27,9%
10 a 14 anos	04	9,3%
15 a 20 anos	01	2,3%
Não informaram	02	4,7%
Total	43	100%

Fonte: Autores

Observa-se, também, que, dos 43 gestores pesquisados, somente um (2,3%) permanece atuando há mais de 15 anos na função de secretário. Os resultados revelaram, ainda, alto ín-

dice de escolaridade dos secretários entrevistados, sendo que 34 gestores (79,0%) apresentam formação com nível superior completo. Quatro apresentam graduação em dois cursos diferentes.

Tabela 3 - Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, segundo escolaridade, DRS IX Marília/SP, 2013

Escolaridade	Número	%
Ensino médio incompleto	01	2,3%
Ensino médio completo	07	16,3%
Superior incompleto	01	2,3%
Superior completo	12	27,9%
Superior completo + Pós-graduação	22	51,2%
Total	43	100%

Fonte: Autores

309

Os cursos de nível médio citados foram: auxiliar de enfermagem, auxiliar de radiologia, instrumentação cirúrgica, técnico em contabilidade e técnico em enfermagem.

Tratando-se do nível superior, os 34 secretários são formados nos seguintes cursos de graduação (número): enfermagem (5), farmácia (4), odontologia (3), fisioterapia (3), administração de empresa (3), psicologia (2), direito (2), médico (1), ciências biológicas (1), biomédico (1), serviço social (1), história (1), ciências contábeis e ciências econômicas (1), filosofia e teologia (1), pedagogia e educação física (1), educação física e ciências contábeis (1). Três gestores não responderam o quesito formação. Ainda em relação à escolaridade, observamos também que, dos 43 secretários, 22 (51,2%) informaram ter realizado pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado).

Tabela 4 - Distribuição dos secretários municipais de saúde entrevistados, com formação em nível superior completo, segundo categorias profissionais de saúde, DRS IX, 2013

Categorias profissionais	Quantidade	%
Área da saúde	23	67,6%
Outras áreas	07	20,6%
Não referiram o curso	04	11,8%
Total	34	100%

Fonte: Autores

Observa-se que 23 (67,6%), isto é, a maioria dos gestores, têm formação na área da saúde. Dos 34 (100%) com formação em nível superior, quatro (11,8%) não referiram o nome do curso realizado.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a devolução do questionário foi maior do que o de pesquisas de igual interesse como a realizada por Fleury *et al.* (1997), de abrangência nacional, que obteve 28,6%, assim como a de Luna (2008), que foi realizada no Mato Grosso, a qual atingiu 52,4% de retorno. Por outro lado, foi menor do que a proporção de retorno alcançada por Castro, Castro e Vilar (2005) no Rio Grande do Norte, com 77% de retorno.

O predomínio do sexo feminino também foi identificado no estudo realizado por Luna (2008), quando foi verificado que 55,4% dos secretários do Mato Grosso eram do sexo feminino e, também, por Castro, Castro e Vilar (2005) no Rio Grande do Norte, em que 63% dos gestores eram do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, os dados do presente estudo são semelhantes à pesquisa realizada por Fleury *et al.* (1997), em que 68,5% dos gestores tinham idade entre 30 a 50 anos, e ao estudo realizado por Luna (2008), no qual 75,5% tinham entre 30 e 49 anos.

Castro, Castro e Vilar (2005) verificaram que, no estado do Rio Grande do Norte, a maioria dos gestores era do sexo feminino (63%), com mais de 40 anos de idade (predominando a faixa etária entre 41 e 50 anos) e possuía curso universitário (71%), com predominância nos cursos de enfermagem, odontologia e medicina. No entanto, também foram identificadas as áreas de ciências humanas e sociais. A grande maioria não participou de processos de capacitação na área da gestão em saúde. Outra informação relevante é que a maior parte dos secretários (53%) exercia o cargo pela primeira vez. Os autores destacam a importância de caracterizar os gestores municipais de saúde para proporcionar processos educativos mais adequados às suas exigências.

Ainda em relação ao perfil, pesquisa de âmbito nacional realizada com 294 gestores (188 secretários de saúde) corroboram os resultados da presente pesquisa, uma vez que mostrou que 70% dos participantes apresentam idade acima de 35 anos. Destes gestores de saúde, 75% tinham mais de três anos de experiência e 40% exerciam a função por mais de dez anos, demonstrando larga experiência na área da saúde. Quanto à formação, houve predominância do nível superior e mais de 40% tinham formação em nível de pós-graduação. Mais da metade (54%) tinha formação na área da saúde e 14% na área da administração, o que, para os autores, contribui para uma visão especializada para ações de planejamento, de monitoramento e de avaliação (FAHEL; SANTOS; NUNES, 2018).

Luna (2008), no estado de Mato Grosso, concluiu que a maioria dos secretários (75,5%) tinha idade entre 30 e 49

anos e 55,4% do sexo feminino; 24,3% eram mato-grossenses e 39,1% tiveram a sua última procedência fora do estado. A quase totalidade (95,7%) morava no município onde exercia o cargo. Grande parte possuía o ensino superior completo ou incompleto (66,2%) e cerca da metade (52,7%) referiu estar exercendo profissões fora da área da saúde antes de ocupar o cargo de gestor. Mais da metade (60,7%) apresentou trajetória profissional com mais de uma função desempenhada. Quase dois terços (63,5%) disseram conhecer parcialmente o SUS, 21,6% muito bem e 13,5% conheciam pouco. Mais da metade (52,7%) nunca havia trabalhado no sistema público de saúde e, dentre aqueles que trabalharam no SUS, 64,7% exerceram funções técnicas e apenas 29,4% desempenharam função de gestor. Cerca de dois terços (64,9%) ocupavam pela primeira vez o cargo e havia um déficit parcial de formação e de experiência para ocupar o cargo de gestor do sistema municipal de saúde.

Nesta pesquisa, constatou-se que apenas um (2,3%) gestor, dos 43 que responderam ao questionário, tinha formação em medicina. Diferente ocorreu na pesquisa de Fleury *et al.* (1997), na qual observou-se que, dos 72,5% dos gestores graduados na área biológica-médica, 42,7% tinham formação em medicina.

Outro estudo realizado demonstrou que os municípios de menor porte comportavam gestores sem nenhum tipo de formação específica, contemplando profissões das mais variadas: balconista de farmácia, motorista, fotógrafo, agricultor, desenhista, policial, corretor de imóveis, vigilante, representante comercial, entre outros. A maioria nunca esteve em exercício de atividade pública como gestor. Indicavam que o nível satisfatório da saúde em seus municípios se devia a um fator preponderante: o envolvimento das equipes com o trabalho (BELLINI; SOBRINHO; RODRIGUES, 2006).

Rocha (2003) realizou entrevistas com gestores da saúde no estado de Mato Grosso e identificou algumas características em comum: naturais de outros estados; com experiência em administração pública; não tinham formação na área da saúde; desempenhavam papel atuante na sociedade por meio da participação em conselhos e entidades de serviço; tinham dedicação exclusiva à secretaria e sentiam-se apoiados no desempenho dos trabalhos, tanto pelas autoridades públicas, quanto pelos órgãos federal e estadual, assim como pela comunidade (ROCHA, 2003).

O Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no período de 2001 a 2008, verificou que, dentre os secretários municipais que responderam aos questionários e estavam em fase final de governo, 40% tinham a certeza ou a expectativa de continuar no posto na gestão governamental seguinte. Mesmo assim, vários dos respondentes queixaram-se da instabilidade institucional, em termos de descontinuidade das políticas governamentais de saúde implantadas nos municípios, atribuindo muitas vezes aos prefeitos a responsabilidade sobre tal problemática. Efetivamente, por ocasião do levantamento realizado com secretários municipais, em início ou reinício de gestão, 33,4% dos respondentes afirmaram que permaneciam em seu cargo desde a gestão anterior (BRASIL, 2005).

Algumas regiões do país apresentam índice de escolaridade elevado na formação dos secretários municipais. Entretanto, há gestores com formação na área administrativa e alguns sem formação nenhuma na área da saúde, como citado em municípios de menor porte, no Rio Grande do Sul (BELLINI; SOBRINHO; RODRIGUES, 2006). A maioria dos secretários exerce pela primeira vez o cargo e quase todos secretários

consideraram-se extremamente dedicados à função. A literatura ressalta que os secretários de saúde encontram dificuldades na gestão da saúde dos municípios. Uma pesquisa nacional mostrou que os principais desafios encontrados para implementação das ações planejadas são: dificuldade financeira, indisponibilidade de recursos humanos capacitados e interessados em trabalhar em saúde pública (FAHEL; SANTOS; NUNES, 2018).

Outra pesquisa qualitativa realizada com cinco gestores com o objetivo de identificar problemas de gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores municipais, estaduais e federais e da iniciativa privada, entre julho e novembro de 2010, demonstrou que a gestão do SUS foi considerada desatualizada e que o sistema carente de financiamento estável e com déficits no planejamento e na avaliação dos serviços. A falta de profissionalização da gestão foi identificada nos dois setores (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Estudo bibliográfico realizado no período de 2001 a 2011 mostrou que os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde nos municípios precisam de capacitação, assim como destreza para gerenciar a equipe e habilidades para lidar com as adversidades (SILVA; ROQUETE, 2013).

Em quatro municípios do Maranhão (Miranda do Norte, Codó, Morros e São José de Ribamar) foi identificado que a gestão dos secretários municipais de saúde está centrada na lógica tradicional, com utilização de tecnologias duras, ações burocráticas e normatizadas, centrada no poder e na burocracia (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Sabe-se que o gestor é a peça-chave para gerenciar, coordenar e melhorar a qualidade dos serviços ofertados, sendo necessário ter competências técnicas, analíticas. É necessário ter um planejamento claro e objetivo, assumindo a lideran-

ça local para articulação, promoção e melhoria nos serviços ofertados (PAIVA *et al.* 2018)

Para Chanes (2006), o gestor precisa de formação para clarear seus objetivos, reconhecer os fatores motivacionais na visão organizacional, a comunicação aberta e constante, o processo decisório descentralizado, o estabelecimento de vínculos relacionais, a liderança transformacional e a inovação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve o objetivo de analisar o perfil dos gestores municipais de saúde de um departamento regional de saúde (DRS) do interior do estado de São Paulo.

Concluiu-se que a maioria era composta de adultos jovens, do sexo feminino, com elevada formação educacional e profissional, com nível superior completo, especialmente na área da saúde, além de cursos de pós-graduação, o que se assemelha a outros estudos realizados no Brasil em época recente.

Em relação à presença de médicos na função de gestor municipal da saúde, observou-se uma queda considerável neste número, se comparado a outras pesquisas realizadas e citadas neste trabalho.

Evidenciou que são escassos os estudos voltados aos gestores da saúde no nosso país. Espera-se que esta investigação motive a realização de novas pesquisas sobre o gestor da saúde no Brasil, avaliando-se o impacto deste perfil no futuro da gestão pública de saúde.

BELLINI, M. Y. B.; SOBRINHO, L. C. P.; RODRIGUES, F. M. **Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do RS.** Porto Alegre, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde.** Brasília, DF, 2009. 200 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília, 2003. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 194 p.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. **Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte?:** um estudo sobre o perfil. Pesquisa integrante do Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORHES), coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde. Natal, RN, 2005.

CHANES, M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 326-331, abr./jun. 2006. DOI: 10.15343/0104-7809.200630. 2.14. Disponível em: https://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2006/35/desafios_formacao.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.** São Paulo: Atlas, 2003.

FAHEL, M.; SANTOS, M.; NUNES, S. **Percepção dos gestores municipais sobre a atenção primária**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018. 100p.

FLEURY, S. *et al.* Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 31, n. 5, p. 1 -14, set./dez. 1997. Disponível em: http://app.ebape.fgv.br/academico/pdf/municipalizacao_saude_21_enanpad.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEÃO, L. M. **Metodologia do estudo e pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 2016.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf. Acesso em: 13 abr. 2019.

LUNA, S. M. M. **Perfil dos gestores municipais de saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres: Unemat, 2008.

PAIVA, R. A. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, supl. 5, p. 181-184, ago. 2018. Disponível em: <http://www.rmmg.org/sumario/190>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ROCHA, M. T. V. S. **O gestor municipal de saúde e o programa de saúde da família: estudos de casos**. 2003. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2003.

SÃO PAULO. Departamento Regional de Saúde. **Mapa regional de saúde**. DRS IX. Marília, SP, 2013.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS**, v. 15, n. 58, p. 1-12, 2013.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200021> Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>. Acesso em 13 abr. 2019.

Avaliação de resultado dos cursos de especialização em Saúde da Família na percepção dos egressos

Eliane Barbosa Jeronimo | elianejeronimo2@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva; coordenadora de ensino, pesquisa e extensão da
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Eloá de Carvalho Lourenço | eloafamiliacarvalho@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva; pesquisadora da Escola de Saúde Pública do
Estado de Mato Grosso

Stella Maris Malpici Luna | stellamalpiciluna@gmail.com

Doutora em Saúde Pública; pesquisadora da Escola de Saúde Pública do
Estado de Mato Grosso

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT) é um estabelecimento de ensino superior credenciado junto ao Conselho Estadual de Educação do Estado de Mato Grosso e instituído por meio da Lei Complementar 161/04 de 29/03/2004, com a finalidade de atender as necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado. Desde sua concepção, a ESPMT procura realizar ações que contribuam para o desenvolvimento educacional da força de trabalho do SUS, na modalidade de pós-graduação, extensão e pesquisa, com objetivo de contribuir para a organização das práticas de saúde.

No período de 2009 a 2011, a ESPMT realizou quatro cursos de especialização em Saúde da Família (CESF), todos com carga horária de 520h, e envolveu quatro regionais de saúde do Estado de Mato Grosso. Os cursos foram autorizados pelo Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso (CEE/MT), mediante Resolução nº 531, de 26 de novembro de 2008, conforme Diário Oficial nº 24967. A execução desses cursos ocorreu nas regionais de saúde Água Boa, Juara, Peixoto de Azevedo e Pontes e Lacerda. O resultado quantitativo foi de 84 trabalhadores com títulos de especialistas.

Os docentes e discentes foram selecionados por meio de processo seletivo em atenção ao que estabelece o regimento interno da ESPMT. O financiamento dos cursos foi de responsabilidade do Ministério da Saúde, com contrapartida da ESPMT e de alguns municípios. O propósito dos cursos

era proporcionar uma formação generalista que permitisse aos profissionais transitar com desenvoltura pelos diferentes ciclos de vida e que atendesse às necessidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Atuar na ESF exige que o profissional saiba intervir a partir do conceito de território enquanto uma construção social, na perspectiva de ação a partir das manifestações dos problemas que lá ocorrem. Faz-se pertinente que esse profissional faça uma releitura do processo de trabalho da ESF, compreendendo sua característica multiprofissional que se dá numa relação de intersubjetividade e que envolve tanto os cuidadores, quanto aqueles que são cuidados.

O processo ensino-aprendizagem dos cursos foi conduzido na perspectiva de que os egressos estivessem mais preparados para as situações cotidianas, com vistas a uma melhor organização da sua prática de trabalho voltada para a ESF.

Contudo, entende-se que isso acontece num processo dinâmico no qual os profissionais estão sujeitos a vários fatores que influenciam a sua atuação e que podem contribuir para o seu desempenho e para a organização do processo de trabalho.

A ESPMT reconhece a importância e a necessidade de conhecer o perfil dos seus alunos e de realizar a avaliação dos seus cursos a fim de analisar os resultados obtidos com a qualificação profissional que oferece aos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, este trabalho apresenta os resultados da pesquisa do perfil de egressos e a avaliação dos cursos de especialização em Saúde da Família. Tudo isso com foco nas repercussões desses egressos nas práticas dos trabalhadores da saúde que participaram nos referidos cursos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de avaliação de resultados com abordagem quanti-qualitativa. O público alvo da pesquisa foi composto por 84 egressos que concluíram os cursos de especialização em Saúde da Família, que foram realizados no período de 2009 a 2011 e oferecidos pela ESPMT.

A primeira etapa da pesquisa contou com a aplicação de um formulário disponibilizado para todos os egressos por meio do link de acesso pela web. O instrumento dispunha de dezoito perguntas fechadas – utilizando, em algumas questões, a escala de Likert (DALMORO; VIEIRA, 2013) – nove semiabertas e três abertas. O prazo de coleta foi de março a maio de 2016.

Também foram realizadas três entrevistas coletivas com a participação de doze egressos do CESH. A seleção do município para realização das entrevistas foi de acordo com o número de egressos que preencheram o questionário. A entrevista coletiva foi composta de seis questões aplicadas de igual forma a todos os grupos entrevistados. Ela foi realizada no mês de outubro de 2016, ocorreu em local reservado e com gravação em áudio, isso para que a imagem dos participantes fosse resguardada.

Na fase de organização dos dados, após a tabulação do questionário semiestruturado via software Microsoft Office Excel 2007, os dados quantitativos foram analisados por percentual simples, e as questões abertas, referente aos dados qualitativos, analisadas por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009)

Utilizou-se, ainda, a estratégia da triangulação, combinando métodos e técnicas na perspectiva de apreender o fenômeno estudado sob os diversos olhares da ótica investigativa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2006).

As categorias de análises do estudo propostas foram as seguintes: perfil sociodemográfico e profissional do egresso; avaliação dos resultados do curso na prática profissional dos egressos; competências adquiridas relacionadas ao saber/saber, saber/fazer e saber/ser, propostas no projeto do curso (IRIGOIN; VARGAS, 2002; ZARIFIAN, 2008) e desafios após o curso para organizar ações e serviços de saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética “Envolvendo Seres Humanos” da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (Protocolo nº CAAE: 1- 17129713.7.0000.5164). Todos egressos validaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atestando estar participando da pesquisa de forma voluntária.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, foram utilizados códigos em substituição aos seus nomes. O projeto de pesquisa teve como fonte financiadora a Fundação de Amparo a Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT), mediante Edital PPSUS nº 002/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de literatura, que foi realizada antes de se iniciar a coleta de dados, revelou a escassez de referencial bibliográfico acerca da temática “Avaliação de Resultados” quando se trata da área educacional. Todavia, ainda foi possível encontrar sete trabalhos que se aproximaram dos objetivos da pesquisa. Destes, dois estudos analisaram a avaliação dos egressos de cursos de Especialização em Saúde da Família e cinco em outras especializações (Saúde Coletiva, Homeopatia, Multiprofissional em Saúde e em Enfermagem).

Dando início a coleta de dados, foi enviado o link para acesso ao formulário da pesquisa aos 84 egressos do CEF. Porém, destes, apenas 39 responderam, correspondendo a taxa de 46,4% do universo.

Perfil sociodemográfico e profissional do egresso

Do total de respondentes, 84,6% são do sexo feminino, enquanto 15,4% masculino. Estes dados aproximaram-se dos achados de Maciel *et al.* (2010) em que 72,3% dos egressos são do sexo feminino, o que vem representando a significativa participação das mulheres em qualificações na área da saúde.

Em relação à idade, observou-se que a maioria (66,7%) está na faixa etária entre trinta e 39 anos, enquanto que 25,6% estão acima dos quarenta anos de idade. Estes dados diferem dos de Maciel *et al.* (2010) em que o maior número de egressos encontrava-se na faixa etária de vinte a trinta anos (51,1%). Dessa forma, o curso contou com a participação expressiva de alunos adultos.

Quanto à naturalidade, 38,5% dos respondentes são da Região Centro-Oeste, 28,2% são oriundos da Região Sudeste, 30,8% da Região Sul e 2,6% da Região Norte. Somando os percentuais, os dados evidenciam que a maioria (61,6%) dos alunos é oriunda de outros estados, revelando importante mobilidade social inter-regiões.

No que se refere à escolaridade, a maioria fez o curso de enfermagem, o que corresponde a 66,7%, seguido do curso de odontologia (10,2%) e medicina (7,6%). Os demais (13%) estão distribuídos entre outras áreas da saúde. Um único participante tinha formação na área da educação física.

Identificou-se também que a maioria 48,7% tem entre três e dez anos de formados e outros 38,5% tem entre onze a vin-

te anos. Dados estes que se aproximam dos encontrados por Maciel *et al.* (2010) nos quais são apontadas duas realidades: uma que os egressos que têm entre um e cinco anos de formados correspondem ao percentual de 46,6%, outra que os que contêm mais de cinco anos somam a maioria de 53,3%. Já Silva *et al.* (2011) revelam que a maioria dos egressos possuíam mais de quinze anos de graduação. Os dados apontam que os egressos com até dez anos de formado têm buscado qualificação profissional.

Quanto à instituição formadora da graduação, verificou-se que 53,9% estudaram em instituição privada e que 46,1% fizeram sua graduação em instituição pública. Um dos fatores que pode ter levado à busca por instituições privadas deve ter sido as políticas públicas de financiamento da Educação.

Em relação à pós-graduação, 71,8% dos egressos informaram que cursaram outra pós-graduação e 28,2% não fizeram outra pós-graduação além da Especialização em Saúde da Família ofertada pela ESPMT. Pode-se inferir que a oferta desses cursos para 28,2% foi uma oportunidade de qualificação, uma vez que os cursos foram realizados nas regiões de saúde próximo ao município de residência e trabalho do egresso, o que vem apontando a necessidade da ESPMT de descentralizar os cursos para as regiões de saúde e ou oferecer cursos de pós-graduação na modalidade de ensino a distância para ampliar o acesso e o número de profissionais qualificados no SUS.

Ademais, dos 71,8% que fizeram outra pós-graduação, 100% fizeram outra especialização e a maioria em instituição privada (64,3%). Sendo que a modalidade de ensino foi 64,3% presencial, 25% educação a distância e 10,7% semipresencial. Os dados confirmam que o ensino presencial ainda é a principal opção de estudo e reafirmam a busca dos profissionais pela qualificação.

Quando questionados sobre a realização de capacitações nos últimos doze meses, 59% não fizeram nenhuma capacitação e 41% informaram que fizeram alguma capacitação.

As capacitações referendadas pelos mesmos indicam uma qualificação técnica para sua atuação profissional relacionada ao enfrentamento dos problemas de saúde no estado como: dengue, zika, hanseníase, urgência e emergência, implantação de sistema de informação, como, por exemplo, o SISPRE-NATAL. Estas capacitações, em sua maioria, foram realizadas por instituição pública (56,2%) e na modalidade de ensino presencial (50%). Os dados indicam a necessidade de implementação da Política de Educação Permanente na Região de Saúde e a necessidade de os gestores investirem na qualificação dos profissionais como uma das estratégias para melhoria da atenção à saúde no SUS.

Durante a realização dos cursos, 69,2% dos egressos informaram que estavam lotados na Unidade de Saúde da Família (USF), 7,7% trabalhavam no Posto de Saúde e 5,1% no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os demais trabalhavam nos seguintes locais: dois alunos informaram que estavam trabalhando no Escritório Regional de Saúde, dois na Secretaria Municipal de Saúde (SMS0, um no Hospital Municipal, um no Consórcio Intermunicipal de Saúde e um na Unidade Descentralizada de Reabilitação (UDR). Tais dados revelam a participação de profissionais de outras unidades de saúde no curso, o que é de fundamental importância para a constituição de uma rede de atenção integrada e para o conhecimento, apoio e acompanhamento da Estratégia Saúde da Família.

Em relação ao local atual de trabalho, 51,3% informaram que permaneceram na Unidade de Saúde da Família, 7,7% no Posto de Saúde e 5,1% não estavam mais trabalhando na área da saúde. Dos 28,2% que informaram outros locais de traba-

lho, apenas um estava trabalhando no serviço privado e os demais estavam em outras unidades do SUS. Diferentemente dos achados de Silva et al. (2011), que relatam a alta rotatividade do profissionais com mais da metade não atuando mais no mesmo local de trabalho em que estavam na ocasião do curso. Demonstram, assim, que os municípios matogrossenses têm investido na realização de concursos para fixação dos profissionais no serviço público, inferindo que a gestão tem procurado manter os profissionais na atenção primária.

Quanto à natureza da instituição, os dados informaram que 92,3% dos egressos são servidores públicos municipais e estaduais, 5,1% servidores privados e 2,6% trabalham em instituição filantrópica. E, destes, 89,7% são profissionais efetivos e 2,6% trabalham em regime de contrato temporário. Sendo que 7,7% informaram que são autônomos ou participaram de processo seletivo.

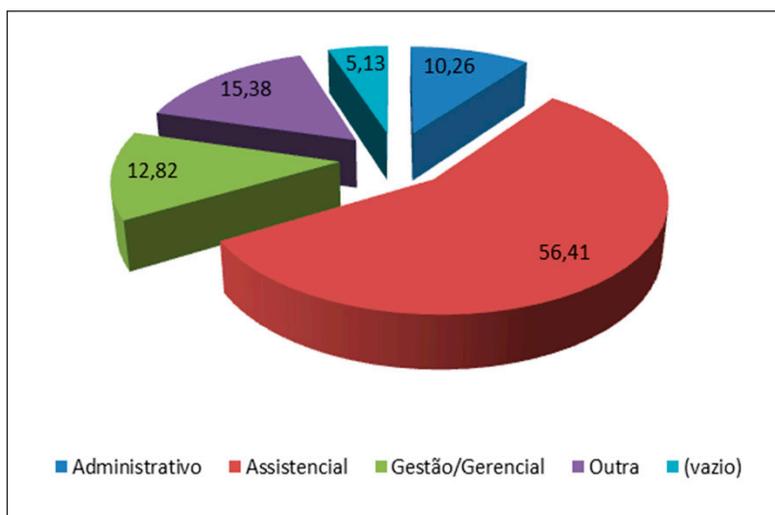
Essas informações evidenciam que a ESPMT, enquanto missão de formar e qualificar trabalhadores do SUS, atingiu seu objetivo no que se refere ao público-alvo, uma vez que a maioria trabalha em serviço público de saúde e são servidores efetivos municipais ou estaduais, cuja rotatividade é menor, reafirmando os achados anteriores.

Com relação ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, os dados apontam que 51,3% trabalhavam há nove anos ou mais na atenção básica, 20,5% de sete a oito anos, 18% estão de cinco a seis anos, 5,1% de três a quatro anos e 5,1% não responderam. Os dados demonstram um tempo de atuação significativo na Estratégia Saúde da Família, contribuindo no processo de trabalho na Atenção Básica.

Cabe registrar que 97,4% residiam no mesmo município que trabalhavam durante o curso e apenas 2,6% (um egresso) não residia no mesmo município que trabalhava.

Os dados apontaram, em sua maioria, que 56,4% dos egressos desenvolviam a assistência como principal função no local de trabalho, 12,8% desenvolviam trabalho de gestão/gerencial, 10,3%, desenvolviam trabalho administrativo, 15,4% desenvolviam outra função e 5,1% não responderam (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição percentual quanto a principal função que o egresso, exercia na unidade, onde desenvolvia seu trabalho. Mato Grosso, Brasil/2016

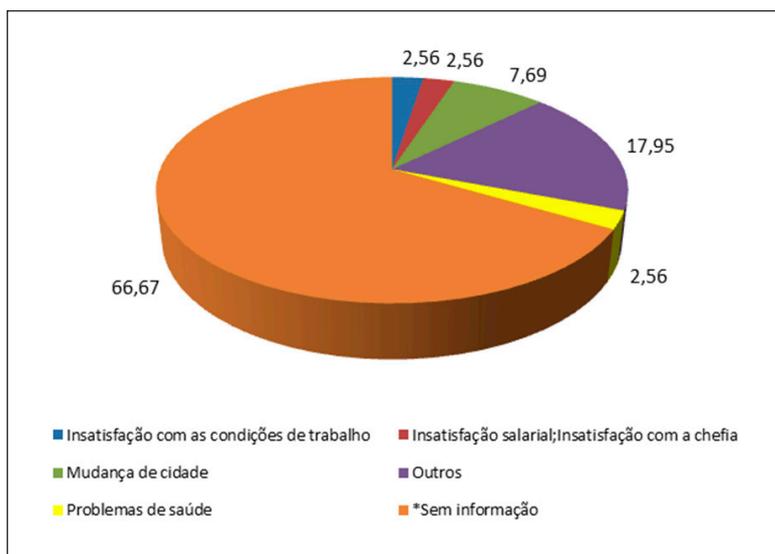


Fonte: Autores. Resultado do questionário aplicado junto aos egressos/2016

Um percentual de 38,5% dos egressos informou ainda que eles desenvolviam outras funções além da atividade principal, e, em sua maioria, contribuíam com atividades administrativas e gerenciais no local de trabalho. Informações que demonstram haver certa sobreposição de atribuições assumidas por alguns trabalhadores.

Sobre mudanças de local de trabalho ocorridas após a realização do curso, 66,6% dos egressos declararam que não houve mudança de setor de trabalho. Contudo, os que mudaram foram: 7,7% foi devido ao deslocamento de moradia, 2,6% devido à insatisfação salarial/insatisfação com a chefia, 2,6% à insatisfação com as condições de trabalho, 2,6% a problemas de saúde e 17,9% outros motivos (Gráfico 2). No que se refere a outros motivos, observou-se: concurso em outra área, convite para assumir cargos de chefia e decisão da gestão.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos egressos que deixaram a Estratégia Saúde da Família após a realização do curso, o motivo para essa mudança. Mato Grosso, Brasil/2016

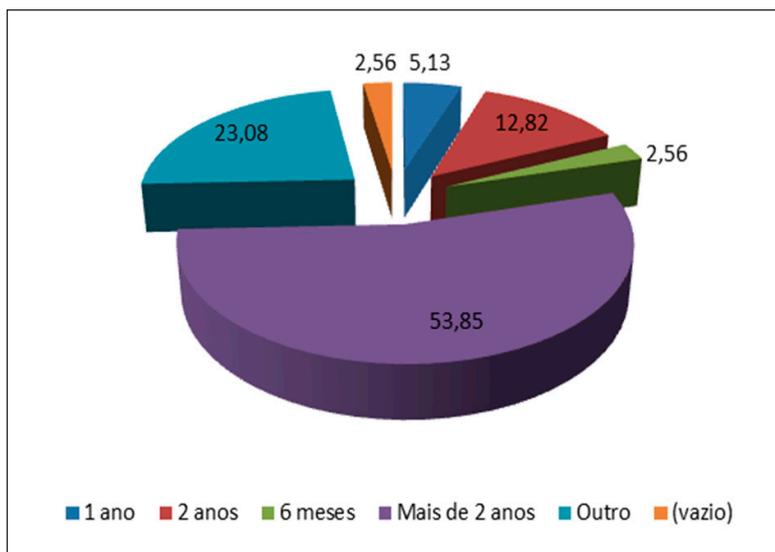


Fonte: Autores

Em relação ao tempo de atuação no local de trabalho, 53,8% disseram que atuavam há mais de dois anos, 12,8% há

dois anos, 5,1% há um ano, 2,6% há seis meses, 2,6% não informou e 23,1% informaram que estão entre cinco e dezoito anos no mesmo local (Gráfico 3). Esses dados relacionados à questão de vínculo empregatício demonstram a fixação do profissional no seu local de trabalho.

Gráfico 3 - Distribuição percentual ao quanto tempo que está em seu atual local de trabalho. Mato Grosso, Brasil/2016



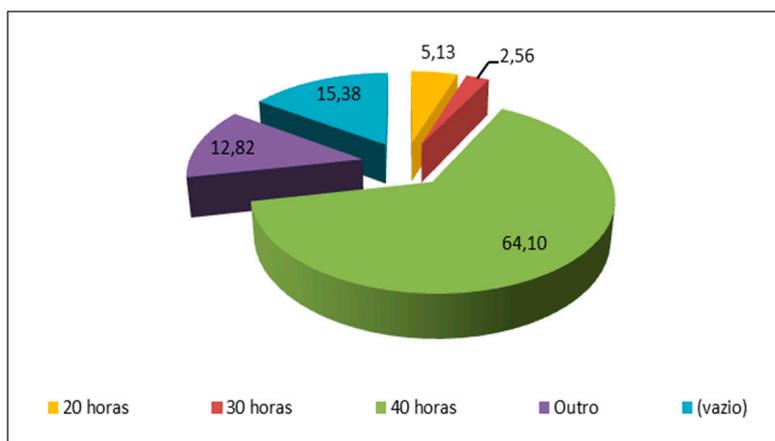
Fonte: Autores. Resultado do questionário aplicado junto aos egressos/2016

Quanto à existência de duplo vínculo empregatício, os respondentes informaram que 76,9% não desenvolviam outra atividade além do serviço público. Os que afirmaram ter outros empregos destacaram os relacionados à docência, consultório particular e assistência hospitalar.

Em relação à dedicação ao trabalho desenvolvido em equipe de saúde da família, 64,1% se dedica 40 horas a essa função, 5,1% 20 horas, 2,6% 30 horas, 12,8% informaram outro

tempo e 15,4% não informaram nada. Os que informaram outro tempo destacaram que não estão mais trabalhando na ESF (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição percentual sobre o quantitativo de horas semanais de trabalho o egresso dedica a equipe saúde da família. Mato Grosso, Brasil/2016



Fonte: Autores. Resultado do questionário aplicado junto aos egressos/2016

Avaliação de resultados do curso na prática profissional do egresso

Para 97,4% dos egressos houve contribuições do Curso de Especialização em Saúde da Família para a sua prática profissional. Apenas 2,6% informaram que o curso não contribuiu para seu trabalho. Quando perguntados sobre como essas contribuições se manifestaram nos serviços de saúde, os respondentes destacaram: ampliação e atualização dos conhecimentos sobre o SUS na Estratégia Saúde da Família; melhoria do trabalho em equipe, atendimento mais humanizado, melhoria

na assistência aos usuários e na organização do processo de trabalho. Conforme poderemos observar nos relatos abaixo.

Orientou-nos para um processo de trabalho em saúde que visa a integralidade, intersetorialidade, humanização, trabalho em equipe multiprofissional, acolhimento, diagnóstico situacional, planejamento e organização das ações, recursos da saúde, dentre outros (Informação verbal, entrevistado Q/E7)

Com a especialização, eu me aproximei mais da população, melhorando a minha relação com os pacientes, motivando-me a conhecer mais de perto os problemas dos mesmos e, assim, disponibilizando um atendimento mais humanizado. Aprendi que não se faz nada sozinho, aproximei-me mais da minha equipe, para, juntos, realizarmos um bom trabalho (Informação verbal, entrevistado Q/E3)

Silva *et al.* (2011) discutem, em seus estudos sobre egressos (enfermeiros e médicos), que houve melhoria na prática cotidiana do trabalho. Dentre as mudanças apontadas pelos mesmos, destacam-se: melhoria na qualidade das consultas, resolutividade, organização do trabalho, abordagem e compreensão da família atendida, resolução de problemas na UBS e bom aproveitamento do que foi aprendido no curso em sua prática diária. Contudo, os autores consideram que o impacto do curso na prática dos egressos foi pequeno e que eles ainda encontram dificuldades para trabalhar segundo os princípios da Estratégia Saúde da Família.

Maciel *et al.* (2010) constataram que 97,83% dos egressos mencionaram mudanças nas suas ações de trabalho após a realização do curso e que 95,56% afirmaram que os conhecimentos adquiridos têm aplicabilidade no cotidiano do trabalho.

Poderemos perceber que isso vem fortalecendo, assim, a discussão sobre a importância da oferta de pós-graduação para os profissionais do SUS na perspectiva da educação permanente.

Adames *et al.* (2004) apontaram, em seu estudo, que, para 78% dos egressos, a prática profissional é considerada muito boa ou ótima e mostram que os cursos inferiram positivamente, proporcionando, assim, aos egressos uma visão ampliada do processo saúde-doença e favorecendo a melhoria da sua prática profissional.

Em relação à implantação de alguma ação a partir do conhecimento adquirido no curso, 87,2% dos egressos informaram positivamente e 12,8% disseram que não obtiveram sucesso na tentativa de inserir novas práticas na ESF.

Os que disseram ter implantado novas ações, citaram as seguintes: organização da unidade de saúde, ações de prevenção e grupos de educação coletiva, melhor planejamento das ações, melhoria e fortalecimento do trabalho em equipe, reuniões periódicas, melhor qualidade no atendimento, aumento das visitas domiciliares com melhoria no cuidado e acolhimento ao usuário. Vejamos isso nos seguintes comentários:

Melhorou o trabalho em equipe. Anteriormente eu ficava muito sobrecarregada, atualmente divido funções e conseguimos melhor atendimento à comunidade (Informação verbal, entrevistado Q/E17).

Melhoria na qualidade da assistência prestada aos municípios da região de saúde e mudanças nos processos de trabalho na equipe de saúde da família (Informação verbal, entrevistado Q/E9).

Melhoria no trabalho em equipe, [...] com implementação de reuniões periódicas para avaliação de atividades prestadas através de avaliação de indicadores,

estudos de casos ocorridos na unidade, melhoria no acolhimento dos pacientes e agendamento de consultas médicas (Informação verbal, entrevistado Q/E11)

Os profissionais que expressaram não ter conseguido implantar novas ações e ou novas práticas mencionaram falta de apoio da gestão e as dificuldades administrativas como algumas das razões para o insucesso da implantação.

Aquisição das competências dos saberes, após o CESF, para a sua prática profissional

Nas respostas dos egressos foram evidenciados alguns pontos que vão ao encontro de alguns aspectos do Projeto Pedagógico de Curso como, por exemplo, as competências do *saber-saber*, *saber-fazer* e *saber-ser*, competências essas que os egressos deveriam adquirir.

Em relação ao *saber-saber*, identificou-se que a maioria dos egressos apreendeu muito sobre o que é o SUS e a Estratégia Saúde da Família, mas poucos referiram o planejamento em saúde e não mencionaram os instrumentos para o trabalho com família e comunidade (genograma, ecomapa, conferência familiar e outros).

O curso nos orientou como trabalhar em equipe, pois todos os profissionais foram envolvidos. Foi excelente, porque a gente começou a ter a mesma visão. Isso nos fez juntar a equipe para todos trabalharem no mesmo sentido e ter uma mesma visão de como caminhar, de como planejar as estratégias, de como conduzir as ações (Informação verbal, entrevistado EC/E8).

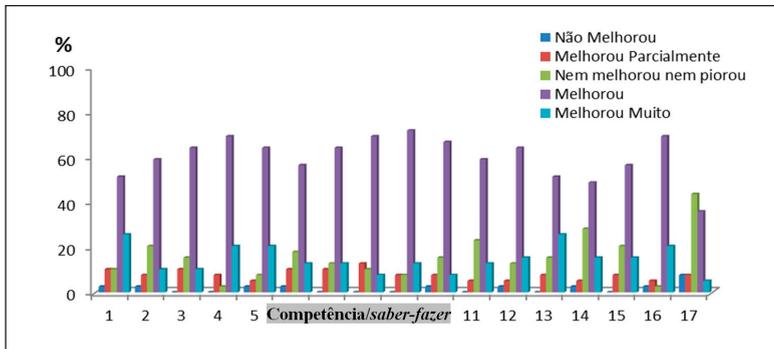
Aumentou minha visão! E depois que eu mudei para o hospital algumas coisas legais de portarias, leis mes-

mo, isso daí várias vezes eu me deparei com situações que eu precisei e me lembrei [...] (Informação verbal, entrevistado EC/E2)

No processo de avaliação do curso, contactou-se a importância do investimento na qualificação, acompanhamento e apoio aos profissionais do SUS. As falas dos respondentes também revelaram que os processos de capacitação para a ESF devem dar ênfase nas abordagens familiar e comunitária.

Em relação ao *saber-fazer*, 35,9% a 71,8% dos egressos referiram ter melhorado e 5,1% a 25,6% disseram ter melhorado muito as competências em seu trabalho a partir do curso de especialização que realizaram (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição percentual quanto às competências do saber-fazer adquiridas pelos egressos. Mato Grosso, Brasil/2016



Fonte: Autores

Legenda: 1. Promoção à saúde; 2. Prevenção de doenças; 3. Recuperação da saúde; 4. Vínculo; 5. Escuta ativa; 6. Clínica ampliada; 7. Cuidado integral; 8. Promoção do autocuidado; 9. Agente transformador do processo de trabalho em saúde; 10. Utilização dos sistemas de informação em saúde; 11. Utilização dos dados primários e secundários; 12. Participação na definição das prioridades; 13. Planejamento das ações e serviços; 14. Monitoramento dos indicadores de saúde; 15. Avaliação das ações desenvolvidas pela equipe; 16. Atuação em equipe; 17. Elaboração de *guide lines* (linhas guia).

Eu consegui trabalhar na parte de prevenção e promoção da saúde de uma forma melhor. Organizando, assim, o meu trabalho, montando os grupos, por exemplo [...] então, hoje, nós temos certa dificuldade em trabalhar nessa parte de prevenção, mas nós conseguimos implementar os grupos de gestante, de criança, e de puericultura. Nós conseguimos desenvolver, aqui no município [...], temos um grupo de caminhada, que a gente vai lá e desenvolve um trabalho com eles também de orientação, de prevenção quanto aos agravos que aquela patologia pode acarretar, se eles não cuidarem da parte de prevenção (Informação verbal, entrevistado EC/E7).

A parte que mais contribuiu foi no TCC, porque eu consegui observar [...] sobre queda de idosos, o que nossa população mais tinha aqui eram idosos, maior número da nossa população, um número alto. Então, eu percebi que esse era um problema que eu poderia enquanto fisioterapeuta atuar. Então, o TCC me fez ver essa população, conhecer as necessidades sobre quedas, fatores, o que poderia gerar risco de queda. Então, nisso é o que eu consigo até hoje intervir e contribuir para saúde da nossa população dentro da minha área (Informação verbal, entrevistado EC/E9).

Como uma equipe com vários profissionais no município recebeu a capacitação, teve um envolvimento maior de todo os outros profissionais, então a gente consegue fazer as atividades em conjunto. Acho que uma das coisas também é que a equipe senta para poder conversar um pouquinho e também para programar ações. Também a gente conseguiu organizar trabalhos, as duas equipes do PSF trabalham meio que em conjunto. Então, alguma coisa a gente conseguiu melhorar (Informação verbal, entrevistado EC/E12).

Andrade, Padilha e Kimura (1998), em uma de suas pesquisas com egressos, corroboram com nossos achados no que diz respeito à expressão “muita contribuição”, que foi referida pela maioria dos enfermeiros aos itens aquisição de conhecimento técnico-científico (91,7%) e desempenho da assistência ao paciente (88,9%). Neste estudo, a expressão “pequena contribuição” foi citada em função principalmente do item aumento salarial (74,2%).

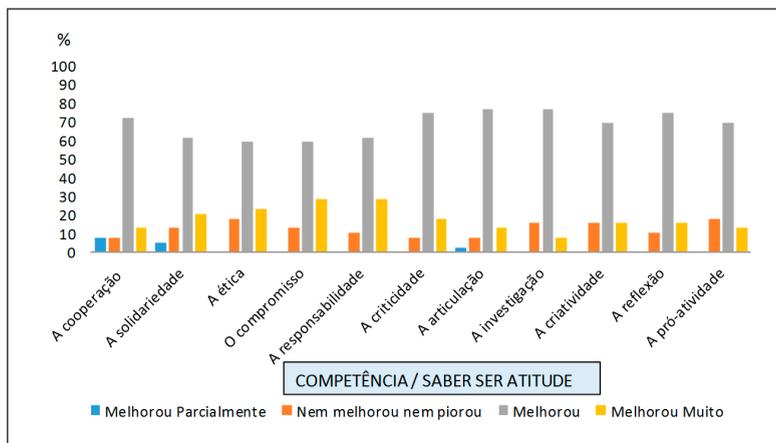
Os achados da pesquisa aproximaram-se também do estudo de Silva *et al.* (2014), que demonstraram, segundo os enfermeiros investigados, que o curso proporcionou ampliar a visão da assistência para além do biológico, físico e da doença, permitindo o desenvolvimento do saber prático para resolver problemas, refletir suas atitudes e redefinir relações a partir do cenário de sua prática. Assim, relata ser claro que, a partir do embasamento teórico, o *saber fazer* e ser profissional tornou-se efetivo em suas ações.

Para Marin *et al.* (2010), os egressos conseguiram atuar em conformidade com os princípios norteadores do SUS, envolvendo a integralidade e articulação ensino-serviço. Sendo que a articulação entre o saber e o fazer traz segurança para atuação dos egressos.

Em relação ao saber-ser/atitudes, o resultado foi bastante expressivo. Segundo 58,9% a 76,9% dos egressos do curso, houve melhora nas suas atitudes relacionadas às competências apresentadas no Gráfico 6. Vale destacar que 7,7% a 28,2% afirmaram que “melhorou muito”.

Com relação aos dados levantados, utilizando a escala de likert, não houve referência a “não melhora” no aspecto do *saber-ser*.

Gráfico 6 - Distribuição percentual da competência do Saber Ser Atitude adquirida pelo egresso. Mato Grosso, Brasil/2016



Fonte: Autores. Resultado do questionário aplicado junto ao egresso/2016

Analisando as informações coletadas em relação às competências adquiridas quanto ao Saber Ser Atitude, foi observado que houve melhoria na mudança de atitude dos egressos do curso estudado após a realização do mesmo, reafirmando uma avaliação positiva do processo educativo no que diz respeito à contribuição do mesmo para o aperfeiçoamento das ações, relações da equipe e para a atenção ao usuário em sua integralidade. Conforme verificamos nas falas abaixo:

Eu que a gente aprendeu a ter uma visão que todos na equipe são importantes [...] o trabalho em equipe, respeitar o trabalho do outro e valorizar o trabalho do outro foi bem trabalhado, foi importante para gente ter essa visão de respeitar e valorizar o trabalho do outro na equipe. (Informação verbal, entrevistado EC/E8)

Além do trabalho em equipe, que foi bem reforçado para nós, estudamos também a importância do traba-

lho intersetorial. Sem ele, você não consegue fechar as lacunas abertas no seu território. Eu pude ver isso. (Informação verbal, entrevistado EC/E7)

Silva *et al.* (2014) apoiam nossos achados ao identificarem em suas pesquisas que os CESF contribuíram para melhorar a socialização entre os profissionais e aumentou o sentimento de valorização e de reconstrução identitária do profissional.

Já Adler e Gallian (2009), em estudos sobre o mesmo tema, informam que os processos educativos para a Estratégia Saúde da Família contribuíram para melhorar a abordagem ao usuário, visando a pessoa e não o doente, olhando-o na perspectiva da integralidade.

Desafios encontrados, após o CESF, para organizar ações e serviços de saúde

340

Os desafios para organizar ações e serviços de saúde são realçados na maioria dos relatos dos egressos. Entre os mais citados estão: resistência à mudança tanto de colegas de trabalho, quanto dos gestores; falta de apoio e de comprometimento da gestão; desconhecimento do usuário sobre a importância da prevenção e o papel da atenção primária; precária estrutura física, financeira e organizacional.

O primeiro desafio está nos colegas que não participaram do curso e não compartilharam do mesmo pensamento/motivação (Informação verbal, entrevistado Q/E20).

Muitos da equipe trabalhavam com uma visão individual e somente com ações curativas (Informação verbal, entrevistado Q/E10).

Ao concluir o curso, eu estava trabalhando no Programa Saúde da Família. Eu tentei implantar ações, organizar grupos, mas não tive suporte da Secretaria de Saúde e da Administração para fazer alguma coisa diferente [...] hoje me sinto muito desmotivada em relação ao SUS e a minha profissão. Eu já cheguei a comentar para várias pessoas que, às vezes, é frustrante a gente se capacitar e não poder exercer o que você aprendeu. Ou seja, ter o conhecimento e não poder fazer (Informação verbal, entrevistado EC/E1).

A não adesão da população à Estratégia Saúde da Família é um grande desafio. Eu não os vejo preocupados em fazer algo para prevenir a doença crônica, eles ainda estão muito centrados no método curativista, da medicação, do atendimento hospitalocêntrico, e não seguem as orientações que damos para prevenir os agravos (Informação verbal, entrevistado EC/E11).

341

Estes achados aproximam-se dos encontrados nos estudos de Marin *et al.* (2010) que refletem sobre os limites do impacto do curso no cotidiano dos serviços de saúde. Os autores destacam os seguintes aspectos limitantes para a prática profissional: dificuldades de implementar ações voltadas para a coletividade; excesso de demanda; solicitação de cuidados voltados para a resolução da queixa principal e questões ligadas à gestão e à organização dos serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que 33,3% dos egressos informaram ter havido mudança em sua prática profissional, 38,5% não manifestaram opinião, 20,5% não observaram esse aspecto e 7,7% fizeram. As mudanças apontadas foram: melhoria na compreensão da atuação da equipe da ESE, organização do processo de trabalho, trabalho em equipe, criatividade e novas ideias.

Esses dados demonstram que o curso impactou na melhoria da atuação profissional, qualificando e dando segurança aos egressos para atuação nos serviços de saúde.

É a questão do atendimento em si. A população achou que melhorou muito por parte dos profissionais que participaram do curso, porque eles tiveram outra visão. Agora eles estão mais bem preparados para as situações. Veem os pacientes como um todo e não só a doença em si. A gente avalia a questão social do paciente nas visitas. Então, não é só aquele momento ali, a gente acaba levando para um segundo momento. Acho que o principal foi isso (Informação verbal, entrevistado EC/E9).

Por fim, os dados demonstram que muitos dos conhecimentos adquiridos se transformaram em prática e outros ainda necessitam de tempo para ser desenvolvidos e mobilizados. Ademais, ficou evidente que os egressos do curso avaliado, em sua maioria, buscam intervir no cotidiano do trabalho.

Avaliar competências é complexo e dinâmico, por exigir uma observação constante da mobilização dos saberes frente às mudanças do contexto e diversificadas situações, que levarão a agir e buscar novas práticas profissionais.

Para Depresbiteris (2016), é preciso avaliar os recursos que mobilizarão essas competências. Dessa forma, consideramos importante que as escolas avancem na busca de diferentes métodos e técnicas para avaliar competências dentro do processo laboral, pois um profissional não é apenas um conjunto de competências, mas, sim, uma pessoa em relação com as outras e em evolução na sua história de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados deste estudo pode-se inferir que o CESF buscou atingir o seu objetivo de qualificar os trabalhadores da saúde para a prática profissional na Estratégia Saúde da Família. Ademais, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de intensificar a oferta de cursos com currículo por competência, privilegiando sequência de atividades com metodologias educacionais ativas que busquem alcançar o perfil dos egressos estabelecidos no projeto de curso e promover revisões periódicas da matriz curricular dos cursos oferecidos tendo como base suas avaliações. É preciso também investir em capacitações dos docentes em metodologias educacionais ativas, intensificar a abordagem familiar e comunidade nos cursos de especialização em Saúde da Família, priorizando os instrumentos de trabalho com família e, por último, realizar, com os egressos, acompanhamento pedagógico e avaliações durante e após os cursos.

Destaca-se que a avaliação dos cursos, a proposta pedagógica com o desenvolvimento das metodologias ativas e o currículo por competência são diferenciais importantes para a formação dos trabalhadores do SUS, pois permitem a reflexão da sua atuação profissional e do processo de trabalho, o que acaba se tornando alicerce fundamental para a revisão dos currículos por competência.

Recomendamos, assim, a realização de novos cursos, sobretudo de forma descentralizada, para as regionais de saúde, uma vez que a participação de toda equipe, nos cursos, proporcionou maior integração dos profissionais da rede de atenção e discussão da realidade regional.

- ADAMES, L. A. B. *et al.* Avaliação da prática profissional de egressos de cursos de especialização em Saúde Coletiva: a experiência de Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 68, p. 265-272, set./dez. 2004.
- ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. Experiências e impactos do aprendizado em homeopatia: relatos de médicos egressos do curso de especialização em homeopatia da FMJ. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 356-363, jul./set. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/06.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- ANDRADE, V.; PADILHA, K.G.; KIMURA, M. Seguimento dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 23-31, jul. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691998000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13888.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- DALMORO, M.; VIEIRA, K.M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam os resultados? **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, 2013. Edição especial.
- DEPRESBITERIS, L. **Competência na educação profissional: é possível avaliá-las?** Boletim Técnico do SENAC, 2016. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/312/boltec312a.htm>. Acesso em: 29 jul. 2018.

IRIGOIN, M.; VARGAS, F. **Competência laboral**: manual de conceptos, métodos y aplicaciones em el sector salud. Montevideu: Cintefor, 2002.

MACIEL, E.L.N. *et al.* Avaliação dos egressos do curso de especialização em saúde da família no Espírito Santo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2021-2028, jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a16v15n4.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MARIN, M. J. S. *et al.* Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n. 33, p.331-344, abr./jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a08v14n33.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MINAYO, M. C. S; ASSIS; S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 1. Reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SILVA, R. M. O. *et al.* Contribuição do curso de especialização, modalidade de residência para o saber profissional. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 362-366, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0362.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SILVA, T. A. M. *et al.* Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, [8 telas], jan./fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104->

11692011000100020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_20.pdf. Acesso em: 29 jul. 2018.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: metodologia por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2008.



Seminare | 10

**DISQUE
SAÚDE
136**



Rede
ObservaRH

Estação de Trabalho
Observatório RH - UFRN

UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL