

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA O  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Pró-Saúde Como  
Estratégia de Mudança**

**GRACIENE LANNES LEITE**

**SÃO PAULO**  
**2016**

**GRACIENE LANNES LEITE**

**A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA O SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE: PRÓ-SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE  
MUDANÇA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação (Área de Concentração: Teorias, Políticas e Culturas em Educação)

Orientador científico: Prof. Dr. António Neves Duarte Teodoro

**SÃO PAULO  
2016**

Leite, Graciene Lannes.

A formação dos enfermeiros para o Sistema Único de Saúde: Pró-Saúde como estratégia de mudança. / Graciene Lannes Leite. 2016.

221 f.

Tese (doutorado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. António Neves Duarte Teodoro.

1. Formação. 2. Enfermeiros. 3. SUS. 4. Diretrizes Curriculares Nacionais. 5. Pró-Saúde. 6. PET-Saúde.

I. Teodoro, António Neves Duarte.

II. Título

CDU 37

**GRACIENE LANNES LEITE**

**A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Pró-Saúde Como Estratégia de Mudança**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, Área de Concentração Teorias, Políticas e Culturas em Educação, para obtenção do grau de doutor, pela Banca Examinadora, formada por:

---

**Orientador:** Prof. Dr. António Neves Duarte Teodoro (Uninove)

---

**Examinador I:** Profa. Dra. Ana Lúcia da Silva  
(Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Infecções em Saúde Pública)

---

**Examinador II:** Prof. Dr. João Fernando Marcolan  
(Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo)

---

**Examinador III:** Prof. Dr. José Eustáquio Romão (Uninove)

---

**Examinador IV:** Prof. Dr. Paolo Nosella (Uninove)

---

**Suplente:** Prof. Dra. Maria da Graça Nóbrega Bollmann (Mestrado: UFRGS/Porto Alegre; Doutorado: PUC/ Rio de Janeiro; Pós-Doutorado: Universidade de Lisboa)

---

**Suplente:** Prof. Dra. Elaine Teresinha Dal Mas Dias (Uninove)

**Doutorando(a):** \_\_\_\_\_

Aprovado(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **As lições de Rômulo Quiroga**

### **Manoel de Barros em Livro sobre nada**

Aprendi com Rômulo Quiroga (um pintor boliviano):

A expressão reta não sonha.

Não use o traço acostumado.

A força de um artista vem de suas derrotas.

Só a alma atormentada pode trazer para a voz um

Formato de pássaro.

Arte não tem pensa:

O olho vê, a lembrança revê e a imaginação transvê.

É preciso transver o mundo.

Isto seja:

Deus deu a forma. Os artistas desformam.

É preciso desformar o mundo:

Tirar da natureza as naturalidades.

Fazer cavalo verde, por exemplo.

Fazer noiva camponêsa voar – como em Chagall.

Dedico àqueles que acreditam na possibilidade de Educação inclusiva, libertadora, estimuladora, solidária e que se comprometam, de fato, com formação profissional sensível às verdadeiras razões da existência humana: convivência pacífica, alteridade e compaixão. Àqueles que, como Rômulo Quiroga, atendam ao chamanento para desformar o mundo, em cumplicidade rumo à “desutilidade” poética.

## AGRADECIMENTOS

### **Tecendo a Manhã**

#### **Poema de João Cabral de Melo Neto**

Um galo sozinho não tece uma manhã:  
ele precisará sempre de outros galos.  
De um que apanhe esse grito que ele  
e o lance a outro; de um outro galo  
que apanhe o grito de um galo antes  
e o lance a outro; e de outros galos  
que com muitos outros galos se cruzem  
os fios de sol de seus gritos de galo,  
para que a manhã, desde uma teia tênue,  
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,  
se erguendo tenda, onde entrem todos,  
se entretendendo para todos, no toldo  
(a manhã) que plana livre de armação.  
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo  
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

Como neste belíssimo poema de João Cabral de Melo Neto, em que a tecitura da manhã é a assunção ao trabalho colaborativo, não há percursos isolados com total ausência de outros. Agradeço aos que me ajudaram a tecer meus propósitos de elaborar este projeto de vida. Minha família, que, na generosidade da zelosa vigília nos muitos momentos de ausência, compartilhou e valorizou meus sonhos.

Estimado Prof. Dr. António Neves Duarte Teodoro com sua performance dialógica e de cumplicidade que somente os grandes mestres possuem. De quem ouvi, no início de minha corajosa incursão no curso de doutorado em Educação: “Para sermos professores, precisamos de amor e acreditarmos na capacidade de superação do outro”. Frase esta que alentou-me e persuadiu-me a prosseguir neste percurso que hoje consegui, após diversas incertezas finalizar. Sei que o caminho a ser percorrido na pesquisa tem começo, mas nunca um fim. Sinto-me

provocada por esta constatação que, com perseverança, me conduzirá por muitos anos de minha vida como docente do curso de Enfermagem.

Queridas Prof. Dra. Ana Lúcia da Silva e amiga Francinete Massulo pelas inestimáveis ajudas e companhias nesta “travessia”.

Queridos Prof. Dr. José Eustáquio Romão e Prof Dr. João Fernando Marcolan, pelas preciosas colaborações desde o Exame de Qualificação, com observações absolutamente pertinentes que contribuíram nos rumos de meu amuderecimento crítico.

Queridas Prof. Dra. Elaine Terezinha Dal Mas Dias e Prof. Dra. Maria da Graça Nóbrega Bollmann, por prontamente aceitarem participar da Banca Examinadora, meu carinho especial.

Aos diretores da Instituição de Ensino Superior na qual esta pesquisa foi realizada, pelo ambiente informal e acolhedor que me proporcionaram.

Aos entrevistados, professores, profissionais dos serviços de saúde e alunos, agradecimento muito especial pelo tempo dedicado e pela oportunidade de partilhar experiências e convicções. Nos diversos e preciosos momentos em que estivemos juntos pude ouvir de alguns “a alegria e a tristeza fazem parte do meu cotidiano”, em constatação inequívoca de que as antíteses se congridam.

Queridos amigos da Secretaria de Pós-Graduação Alex e Cristiane, sempre zelosos e vigilantes para colaborar nas nossas incursões como estudantes e pesquisadores

## **O culpado**

**Paulo Neruda em Antologia poética**

Eu me declaro culpado de não ter feito,  
com estas mãos que me deram, uma vassoura.  
Por que não fiz uma vassoura?  
Por que me deram mãos?  
Para que me serviram  
se só vi o rumor do cereal,  
Se só tive ouvidos para o vento  
e não recolhi o fio da vassoura,  
verde ainda na terra,  
e não pus para secar os talos ternos  
e não os pude unir num feixe áureo  
e não juntei um caniço de madeira à saia amarela  
até dar uma vassoura aos caminhos?  
Assim foi:  
Não sei como me passou a vida sem aprender, sem ver,  
Sem recolher e unir os elementos.  
Nesta hora não nego que tive tempo,  
tempo,  
mas não tive mãos,  
e assim, como podia  
aspirar com razão à grandeza  
se nunca fui capaz  
de fazer uma vassoura,  
uma só,  
uma?



## RESUMO

O presente estudo tem como problemática o processo de formação dos enfermeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos anos, faz parte das discussões sobre Educação e Saúde a reorientação da formação profissional em saúde, na sua vertente acadêmica e prática de trabalho, com vistas a adequar essas às demandas do SUS. Neste intento, foram criados o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde). Com o objetivo analisar os processos de implementação desses Programas, no Curso de Graduação em Enfermagem, tomou-se como locus de pesquisa empírica Instituição de Ensino Superior pública do Município de São Paulo. Para tal fim, foi necessário realizar estudo sobre as políticas públicas de formação, em nível de graduação, dos profissionais da área de Saúde no Brasil, com maior atenção aos dois Programas citados. O referencial teórico formou-se a partir dos trabalhos de Goodson, Apple e Bernstein, que discutem Educação e Currículo. Para a construção desse referencial foi útil a experiência profissional da pesquisadora na implementação desses programas em outra IES. A pesquisa, de natureza qualitativa, com caráter exploratório, utilizou como aporte metodológico e analítico o levantamento de legislação e de documentação, com foco na formação dos enfermeiros. Construiu-se sob a perspectiva da abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*), conforme Ball e colaboradores, que prevê os contextos de influência, produção de texto e prática. A abordagem dos contextos de influência e produção de texto foi realizada a partir da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) e do Caderno Pró-Saúde. Os dados do contexto da prática foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com docentes, preceptoras e ex-alunas do Curso de Graduação em Enfermagem. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, considerando-se o tema como unidade de análise para organização e interpretação das respostas das entrevistadas. A triangulação empreendida como estratégia de investigação, para a combinação de coleta de dados, possibilitou visão de totalidade dos diferentes contextos que envolvem as discussões da Educação e Saúde e a reorientação da formação acadêmica e prática de trabalho dos enfermeiros. Os resultados revelaram o potencial da proposta pedagógica do Pró/PET-Saúde como importante mecanismo de integração ensino – serviço de saúde comunidade, por meio da produção de conhecimentos baseados nas demandas do SUS e da atuação dos alunos em cenários reais de prática, em direção a novo mandato formativo. Ao mesmo tempo, observou-se que a concretude desse potencial ainda constitui grande desafio no sentido da implantação, acompanhamento e avaliação que assegurem as adequações e continuidade das políticas de reorientação da formação dos enfermeiros. Por fim, ao associar os resultados com o referencial do *policy cycle approach*, concluiu-se que os sujeitos desse processo formativo devem buscar articulação com outros sujeitos, a fim de favorecer a conexão com os formuladores de políticas e outras instituições sociais, na busca pela concretização da educação transformadora, cujas escolhas possibilitem adesões que deem legitimidade e, conseqüentemente, permitam a “retroalimentação” da gestão pública do ensino.

Palavras-Chave: Formação. Enfermeiros. SUS. Diretrizes Curriculares Nacionais. Pró-Saúde. PET-Saúde

## **ABSTRACT**

This study questions the nurses training process for the Sistema Unico de Saude (SUS), Unified Health System. In recent years, education and health orientation of vocational training in health and its academic and practical aspects of work with the aim of adapting these to the demands of the SUS have been under discussion. To this end, The National Orientation Program for Professional Training in Health (Pro-Health) and The Program of Education for Work (PET-Health) were established. With the aim of analyzing the implementation processes of these programs in the undergraduate Nursing course, a public higher education institution in São Paulo was chosen as the locus for empirical research. For this purpose, it was necessary to conduct a study on the public policies of undergraduate level training of health care professionals in Brazil, with greater attention to the two mentioned programs. The theoretical reference is set in the work of Goodson, Apple and Bernstein, which discusses education and curriculum; the professional experience of the author in the implementation of these programs in another IES (HEI) was useful in the construction of this framework. The research, of qualitative nature and exploratory character, used methodological and analytical contribution through research of legislation and documentation focusing on the training of nurses, from the perspective of the Policy cycle approach, by Ball and colleagues, which provides the contexts of influence, for text production and practice. The approach of the context of influence and text production was carried out from an analysis of the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Nursing Courses (DCN / ENF) and Pro-Health Handbook. The context data of practice were collected through semi-structured interviews with teachers, supervisors and former students of the undergraduate course in Nursing. The content analysis technique was used which considered the topic as the unit of analysis for organizing and interpreting the answers of the interviewees. The triangulation undertaken as a research strategy for data collection combination allowed a full view of the different contexts that involve discussions of Education and Health and the orientation of academic training and work practice of nurses. The results revealed the potential of the pedagogical proposal of the Pro / PET-Health as an important mechanism for school integration - health care - community, through the production of knowledge based on the demands of the SUS and the performance of students in actual practice scenarios toward the new training mandate. Furthermore, it was observed that the concreteness of this potential is still a great challenge to the implementation, monitoring and evaluation that ensure the adequacy and continuity of the orientation of nursing education policies. Finally, by combining the results with the framework of the policy cycle approach, it was concluded that the subjects of this training process should seek cooperation with others, favoring the connection with policy makers and other social institutions, in the pursuit of achievement of transforming education, making choices and allowing memberships that give legitimacy and consequent "feedback" on the management of public education.

**Keywords:** Training. Nurses. SUS. National Curriculum Guidelines. Pro-Health. PET-Health

## RESUMEN

EL presente estudio aborda el proceso de formación de enfermeros. En los últimos años la reorientación de la formación profesional de salud esta presentes en todos los debates educativos de salud a fin de adaptarlos a las exigencias del Sistema Unificado de Salud (SUS). Estableciendo el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud) y el Programa de Educación para el Trabajo (PET-Salud). Como objetivo, analizaremos los procesos de implementación del curso de licenciatura en enfermería. Utilizamos para a investigación empírica una Institución de Educación Superior Pública de Sao Paulo. Con este fin, estudiamos políticas públicas relacionadas con la formación de los profesionales de salud en Brasil, con mayor atención en los programas mencionados. A partir de los trabajos de Goodson, Apple y Bernstein, sobre Educación y Currículo se construye este marco teórico, donde la experiencia profesional del autor en la implementación de estos programas en otras IES fue primordial. La investigación cualitativa con carácter exploratorio utilizo metodología analítica mediante estudios de legislación y de la documentación direccionando la formación de los enfermeros, desde este enfoque en el ciclo de la política (enfoque de ciclo de la política), presentado por Ball y sus colegas, prevé los contextos de influencia de producción del texto y práctica. A abordaje de los contextos de influencia de la producción del texto fue realizada a partir de una análisis de las Directrices Curriculares Nacionales para Graduación en Enfermería (DCN / ENF) y cuaderno Pro-Salud. Los datos del contexto práctico fueron recolectados de entrevistas semiestructuradas con profesores, preceptores y ex alumnos de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Utilizamos a técnica de análisis del contenido considerando el tema como la unidad de análisis para organizar e interpretar las respuestas de los entrevistados. La triangulación usada como estrategia de investigación para la recolección de datos facilito una visión holística de los diferentes contextos que envuelven discusiones de Educación, Salud y la reorientación de la formación académica y práctica de los enfermeros. Los resultados mostraron un potencial en la propuesta pedagógica Pro / PET-Salud considerado un mecanismo importante para la integración escolar – servicios de salud - comunidad, a través de la producción de conocimiento con base en las exigencias del SUS y rendimiento de los estudiantes en los práctica reales en dirección al nuevo mandato de formación. Al mismo tiempo, se observó que la concreción de este potencial todavía es un gran desafío en la implementación, monitoreo y evaluación para asegurar la adecuación y la continuidad de la reorientación de las políticas de formación de enfermeros. Por último, mediante la combinación de los resultados con el marco del enfoque del ciclo de la política Approach, hemos llegado a la conclusión de que los sujetos de este proceso de formación deberían buscar la cooperación con otros sujetos, e favorecer la conexión con los formuladores de políticas y otras instituciones sociales, en la búsqueda de la concreción de la transformación de la educación, tomando decisiones y permitiendo adhesiones que dan legitimidad y la consiguiente "retroalimentación" de la gestión de la educación pública.

Palabras clave: Pro / PET-Salud. SUS. Formación. Enfermeras. Transformación.

## SIGLAS

**AB** – Atenção Básica  
**ABEB** – Associação Brasileira de Ensino em Biomedicina  
**ABEM** – Associação Brasileira de Educação Médica  
**ABEn** – Associação Brasileira de Enfermagem  
**ABENFAR** – Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico  
**ABENFISIO** – Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia  
**ABENO** – Associação Brasileira de Ensino Odontológico  
**ABEP** – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia  
**ABEPSS** – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
**ABENEFS** – Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde  
**ABENEFS** Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde  
**ABENUT** - Associação Brasileira de Educação em Nutrição  
**ABRAHUE** – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino  
**ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
**AI** – Ação Intersetorial  
**ACS** – Agente Comunitário de Saúde  
**AIS** – Ações Integradas de Saúde  
**AND** – Assembléia Nacional de Delegados  
**ANPED** – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação  
**APS** – Atenção Primária à Saúde  
**BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
**BIREME** – Biblioteca Regional de Medicina  
**BM** – Banco Mundial  
**CAP** – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.  
**CBEn** – Congresso Brasileiro de Enfermagem  
**CDS** – Conselho de Desenvolvimento Social  
**CEUA** – Comitê de Ética na Utilização de Animais  
**CF** – Constituição Federal  
**CFE** – Conselho Federal de Educação  
**CGAL** – Comissão de Gestão e Acompanhamento Local  
**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite  
**CIES** – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.  
**CIMS** – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde  
**CIPLAN** – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação  
**CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
**CIR** – Comissão Intergestores Regional  
**CIS** – Comissão Interinstitucional de Saúde  
**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite  
**CLATES** – Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde  
**CLIS** – Comissão Local Interinstitucional de Saúde  
**CMS** – Conselho Municipal de Saúde  
**CNE** – Conselho Nacional de Educação  
**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CNRHS** – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**8ª CNS** – 8ª Conferência Nacional de Saúde

**9ª CNS** – 9ª Conferência Nacional de Saúde  
**10ª CNS** – 10ª Conferência Nacional de Saúde  
**11ª CNS** – 11ª Conferência Nacional de Saúde  
**12ª CNS** – 12ª Conferência Nacional de Saúde  
**CoEP** – Comitê de Ética em Pesquisa  
**CNDSS** – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
**CONABEn** – Conselho Nacional da ABEn  
**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde -  
**CONSEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
**COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**CRIS** – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde  
**CRS** – Coordenadoria Regional de Saúde  
**CSDH** – Commission on Social Determinants of Health  
**DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais  
**DCN/ENF** – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem  
**DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde  
**DEGERTS** – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde  
**DEGES** – Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
**DGSP** – Diretoria Geral de Saúde Pública  
**DNSP** – Departamento Nacional de Saúde Pública  
**DSS** – Determinantes Sociais da Saúde  
**EIP** – Educação Interprofissional  
**ENADE** – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**EUA** – Estados Unidos da América  
**FMI** – Fundo Monetário Internacional  
**FNEPAS** – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde  
**IAIA** – Instituto de Assuntos Interamericanos  
**IAP** – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
**IES** – Instituições de Ensino Superior  
**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**INEP** – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social  
**LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
**LOS** – Lei Orgânica da Saúde  
**MEC** – Ministério da Educação e Cultura  
**MES** – Ministério da Educação e Saúde  
**MESP** – Ministério de Educação e Saúde Pública  
**MP** – Movimento Participação  
**MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social  
**MS** – Ministério da Saúde  
**MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego  
**NOB** – Norma Operacional Básica  
**NOB/RH-SUS** – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS  
**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**ONG** – Organizações Não Governamentais  
**ONU** – Organização das Nações Unidas  
**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde  
**OS** – Organização Social

**PDI** – Plano de Desenvolvimento Institucional  
**PEPS** – Pólo de Educação Permanente em Saúde  
**PET-Saúde** – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
**PITS** – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde  
**PND** – Plano Nacional de Desenvolvimento  
**PNDG** – Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS  
**PNEPS** – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
**PNS** – Política Nacional de Saúde  
**PPP** – Projeto Político Pedagógico  
**PPREPS** – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
**Profaps** – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde  
**ProgeSUS** – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS  
**Programa IDA** – Programa de Integração Docente Assistencial  
**Projeto UNI** – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde em União com a Comunidade  
**PROMED** – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina  
**Pró-Saúde** – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
**Rede IDA/Brasil** – Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial/Brasil  
**Rede UNIDA** – Associação Brasileira Rede Unida  
**RENETO** – Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional  
**RET-SUS** – Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde  
**SBFa** – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia  
**SENADEn** – Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil  
**SESP** – Serviço Especial de Saúde Pública  
**SESu** – Secretaria de Educação Superior  
**SESu/MEC** – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação  
**SGTES** – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
**SINAES** – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**SNS** – Sistema Nacional de Saúde  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**SUDS** – Sistema Único e Descentralizado de Saúde  
**Telessaúde** – Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UnA-SUS** – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde  
**UNESCO** – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
**UR** – Unidade de Registro  
**VER-SUS** – Uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA INTERSETORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE</b>	
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>35</b>
1.1 OBJETOS DE ESTUDO.....	35
1.1.1 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).....	35
1.2 CAMPO DE ESTUDO.....	43
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	44
1.3.1 Currículo como Construção Social.....	44
1.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO E ANALÍTICO.....	55
1.4.1 Abordagem do Ciclo de Políticas ( <i>Policy Cycle Approach</i> ).....	55
1.5 PROBLEMAS E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	58
1.6 HIPÓTESE .....	61
1.7 MÉTODO DA PESQUISA .....	62
1.7.1 Triangulação de métodos para coleta dos dados.....	64
1.7.2 Definição amostral para coleta dos dados.....	64
1.7.3 Análise dos dados.....	66
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULO XX .....</b>	<b>72</b>
2.1 CONTEXTOS DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA VERTENTE DA SAÚDE PÚBLICA.....	73
2.2 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS.....	82
2.3 OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A LEGITIMIDADE DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE.....	91
2.4 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (DCN/ENF) COMO CONSTRUÇÃO DE MOVIMENTO PARTICIPATIVO COMPROMETIDO COM O SUS .....	96
2.5 O ESTADO E A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAIS (EDUCAÇÃO E SAÚDE) .....	104

## **PARTE II RESULTADOS E DISCUSSÃO**

<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>O CONTEXTO DE INFLUÊNCIA DA POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DO PRÓ-SAÚDE: OS DISCURSOS POLÍTICOS E A MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS .....</b>	<b>114</b>
3.1 APROXIMAÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS ENFERMEIROS COM A REALIDADE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE .....	116
3.2 POTENCIALIDADES DO PRÓ-SAÚDE NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	122
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO TEXTO: A CONSTRUÇÃO DOS TEXTOS EM INTERFACE COM A SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>130</b>
4.1 AS DCN/ENF E A INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA .....	130
4.1.1 Responsabilidade social e compromisso com a cidadania.....	131
4.1.2 A integralidade como princípio filosófico do SUS .....	132
4.2 MS E MEC JUNTOS NO CONDICIONAMENTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE .....	134
4.2.1 Aproximação com as demandas do SUS .....	135
4.2.2 Formação profissional do enfermeiro generalista .....	136
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONTEXTO DA PRÁTICA: OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE COMO CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>142</b>
5.1 OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS .....	143
5.1.1. A trajetória nos programas .....	144
5.1.2 Satisfações e insatisfações em relação ao Pró/PET-Saúde .....	148
5.2 A INTERFACE COM A INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS EM SAÚDE .....	157
5.2.1 A interface do Pró/PET-Saúde com a integralidade dos cuidados.....	158
5.2.2 A construção compartilhada possível .....	162
5.3 RECONTEXTUALIZAÇÃO DAS INTENÇÕES POLÍTICAS.....	164
5.3.1 Os cenários de prática como <i>locus</i> privilegiado .....	164
5.4 MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS .....	166
5.4.1 Pró/PET-Saúde como estratégias para mudanças .....	166
5.4.2 Na busca de pares para a Saúde .....	173
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>176</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>183</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>214</b>



## INTRODUÇÃO

O acidente de adquirir autoridade por meio do estudo do reino natural deu-me uma terrível e fascinante responsabilidade sobre o reino social. (EINSTEIN. 2002, p. 84-88)

O presente trabalho de pesquisa pretende analisar o processo de formação profissional dos enfermeiros, a partir da implantação das propostas concebidas no interior da Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde<sup>1</sup>, viabilizada, atualmente, pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado em 2005, e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído em 2007. Essas duas iniciativas compreendem objetos de investigação desta tese, delimitados pelo entendimento de que a Saúde é considerada recurso de relevância pública, conforme art. 197 da Constituição Federal (CF), de 1988, que incumbe ao Poder Público a tarefa de dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 2000). A saúde é mencionada como um dos direitos sociais pelo art.1º, inciso IV da CF de 1988 e deve valer de maneira equitativa para todos os cidadãos, visando à construção de uma sociedade saudável:

Direitos sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático. (BRASIL, 2000, p. 17)

Esse conceito ampliado de saúde como relevância pública, sofreu forte influência da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>2</sup> (8ª CNS) e do ideário da Reforma Sanitária Brasileira<sup>3</sup> — movimentos que contaram com substancial engajamento popular, de intelectuais, políticos e trabalhadores do setor da saúde — até que a Assembléia Nacional Constituinte, em 1988,

<sup>1</sup> Profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho Nacional de Saúde: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998a).

<sup>2</sup> A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco para a introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) na CF de 1988. Ocorreu em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, cuja chamada foi a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”. As discussões foram divididas em três temas: tema 1 Saúde como Direito, tema 2 Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e tema 3 Financiamento do Setor. As plenárias contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos (BRASIL, 1986a).

<sup>3</sup> A Reforma Sanitária Brasileira é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária contribuiu para a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do SUS. As bases teóricas que fundamentaram a construção deste projeto da reforma sanitária podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva (FLEURY, 2009).

determinou como sendo dever do Estado a função de garantir a saúde a toda população. Surge, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de possibilitar a universalização da assistência.

No ano de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>4</sup>, para regulamentar o funcionamento do sistema, que conta com os seguintes princípios doutrinários e norteadores: (a) a integralidade, que diz respeito à assistência na promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade; (b) a universalidade, que consiste no direito de todos os cidadãos ao acesso ao sistema público de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público; e por fim, (c) a equidade, que prevê a diminuição das desigualdades, com vistas a tratar desigualmente os desiguais, de acordo com as suas necessidades. É preciso ressaltar que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil tem, hoje, enquadramento jurídico de referência internacional na área de saúde pública e serve de exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Com a criação do SUS, o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever, por meio de legislação, o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo-na como um direito do cidadão e um dever do Estado (GRAGNOLATI; LINDELOV; COUTTOLENC, 2013).

Não obstante, a formação dos profissionais de saúde não acompanhou as mudanças nas políticas públicas do setor (CECCIM; BILIBIO, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A formação continua ainda a configurar o dualismo cartesiano<sup>5</sup>, não prepara os profissionais para atuarem no campo da promoção à saúde<sup>6</sup>, devido ao enfoque que permanece, predominantemente, centrado nos conteúdos, nas doenças, médico-centrado, em desarticulação entre áreas básicas e clínicas, práticas e estágios. A insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) contribuiu para um distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades de saúde da população

---

<sup>4</sup> Há duas Leis Orgânicas que regulamentam o SUS, a Lei Nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei Nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde.

<sup>5</sup> Dualismo cartesiano postula uma diferença essencial entre corpo e alma. Uma concepção dualista deste tipo está na base de cuidados de saúde dirigidos exclusivamente ao corpo, afastando-se de uma prática holística. Etimologicamente, a palavra holismo ou holística deriva do grego holos, que significa todo, completo.

<sup>6</sup> A Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, definiu a promoção da saúde como: 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. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, numa perspectiva em que são enfatizados os recursos sociais e pessoais. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

brasileira, assim como da operacionalização do SUS. Dessa forma, a centralidade dos trabalhadores de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da produção dos cuidados, gera como corolário a necessidade de transformações no processo de formação profissional (BRASIL, 2007a).

A Educação adquiriu prioridade nas agendas políticas dos governos de diferentes países, que empreenderam reformas em seus sistemas educacionais, de forma a tornar seus sistemas mais eficientes e equitativos no preparo para nova cidadania, capaz de enfrentar as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e seus desdobramentos políticos, sociais e éticos (MELLO, 2002). Conforme afirma Santos B. (2003):

A fragmentação pós-moderna não é disciplinar e sim temática. Os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros. [...] O conhecimento avança à medida que o seu objeto se amplia, ampliação que, como a da árvore, procede pela diferenciação e pelo alastramento das raízes em busca de novas e mais variadas interfaces. (SANTOS B., 2003, p. 76)

Neste sentido, o Relatório Jacques Delors (1999) valoriza não apenas os aspectos cognitivos, mas também os aspectos morais da educação, faz a defesa do global, da necessidade de conhecer e compreender a si mesmo e ao outro, da valorização da estética, da cultura e da criatividade, do apreço pelo pluralismo, da necessidade de conhecimento científico que ensina a conviver. Apresenta objeções aos sistemas formais de ensino, que limitam a realização pessoal e privilegiam o desenvolvimento do conhecimento abstrato, em detrimento de outras aptidões humanas como a imaginação, a capacidade para comunicar, o gosto pelo trabalho em equipe, o sentido do belo, a dimensão espiritual ou a habilidade manual.

A Educação deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens fundamentais que, durante toda a vida, serão de algum modo, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente, aprender a viver em comum, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; e, finalmente, aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes (DELORS et al., 1999).

O processo de ensino deve, assim, desenvolver no aluno tanto o seu potencial político-social, quanto o seu potencial intelectual, ambos em simultaneidade, de forma a promover o pleno desenvolvimento de seus saberes teóricos e práticos para o exercício profissional. O intuito de formar o indivíduo como sujeito livre e autônomo faz da Educação responsabilidade social e política (FREIRE, 1999). Sobre o compromisso profissional com a sociedade, Freire (1979, p. 10) postula que o homem não pode deixar-se seduzir pelas tentações míticas, entre as quais, a da escravidão à técnica: “quanto mais me capacito como profissional, quanto mais

sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens”. E completa que somente o homem:

É capaz de sair de seu contexto, de ‘distanciar-se’ dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo num tempo que é seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se. [...] não posso nas segundas-feiras assumir compromisso como homem, para na terça-feira assumi-lo como profissional. Uma vez que ‘profissional’ é atributo de homem, não posso, quando exerço um quefazer atributivo, negar o sentido profundo do quefazer substantivo e original.<sup>7</sup> (FREIRE, 1979, p. 8-10)

Embora a obra *Educação e Mudança* tenha sido escrita, originalmente, em 1979, os escritos de Paulo Freire sobre compromisso profissional, não poderiam ser mais oportunos nos dias de hoje, uma vez que colaboram para a compreensão do atual momento histórico da América Latina, o qual exige de seus profissionais séria reflexão sobre a realidade e a urgência de se firmar compromissos com o destino do seu povo, mais precisamente, com o homem concreto.

Segundo Nosella (2005), no Brasil dos anos de 1980, o pensamento pedagógico, ao encontrar alento nos trabalhos de Antonio Gramsci e Paulo Freire, modernizou-se e arejou-se ao assumir sua dimensão de engajamento político. Privilegiou-se a visão teórica, que explica o fenômeno escolar, e sua relação com a sociedade, com a economia e com a política.

Novos conceitos e novas perspectivas teórico-práticas enriqueceram os debates no campo da Educação, em que com muita frequência se utilizavam termos e conceitos até então desconhecidos, como: sociedade civil e política – hegemonia – ideologia e contra-ideologia – intelectuais orgânicos e tradicionais – a educação como ato político-partidário – Educação e cidadania etc. (NOSELLA, 2005, p. 227)

Para falar sobre o compromisso político do educador, Nosella recorre a Norberto Bobbio (1998) que postula, sob a óptica dos meios – de que se serve o sujeito ativo da relação para determinar o comportamento do sujeito passivo – ser a política, essencialmente, poder ou domínio. Esse, por sua vez, distingue-se em três grandes âmbitos: o poder econômico, o poder ideológico e o poder político, propriamente dito, ou de governo. Assim, Nosella defende que os educadores exercem seus compromissos políticos, essencialmente, no âmbito do poder ideológico ou espiritual, que “utiliza-se da força das ideias e dos símbolos para vencer as mentes e dobrar a vontade dos homens”. (NOSELLA, 2005, p. 230)

---

<sup>7</sup> Na obra de Freire, “quefazer” é o conceito que representa a teoria e a prática. É reflexão e ação, e não pode reduzir-se nem ao verbalismo, nem ao ativismo, tampouco distingue momentos na ação do educador/educando. Significa ser único na prática cotidiana, assumir toda e qualquer ação como uma forma de capacitar o compromisso social. (VASCONCELOS, 2006)

Nas propostas de formação profissional e de exercício do trabalho em saúde, os diálogos proporcionados por essas reflexões já estão postos como desejáveis. O que pode ser observado por meio da valorização do trabalho em equipe e na prática da integralidade da assistência, em qualquer contexto propositivo, que almeje a elevação da qualidade do trabalho e da formação em saúde. O trabalho em saúde, dentro dos pressupostos da integralidade, resgata seu sentido ontológico (RAMOS, 2009), pois contribui para a constituição da humanidade das pessoas diante das suas necessidades de saúde. Para tanto, faz-se necessária adequação de conduta do profissional em sua prática cotidiana, no sentido de valorizar as relações sociais travadas com os usuários dos serviços, evidenciadas na indissociabilidade dos planos bio-psico-social e no incentivo à sua participação como sujeito ativo no processo de cura. Para que os trabalhadores da saúde sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho, outras estratégias e referenciais devem ser considerados na sua formação (FEUERWERKER, 2005).

Nessa direção, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, no seu art. 43, VI assegura que:

[...] a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, prestando serviços especializados à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 1996)

É na dimensão política que a função social do trabalhador e das instituições formadoras é explicitada e pode ser debatida, como lugar de disputa dos projetos de saúde e sociedade postos em pauta pelos sujeitos do processo educativo (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012). Se, na década de 1980, os educadores já afirmaram que toda competência técnico-pedagógica era ao mesmo tempo um ato político (DAMASCENO et al., 1988), na formação do profissional de saúde esses discursos apenas começaram a ser percebidos no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, em propostas oficiais de agências fomentadoras e de organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) ou o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Em 1981, foi elaborado pelo MEC, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), (BRASIL, 1981), para desenvolver projetos de formação profissional que contavam com a inserção de alunos em unidades de atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, fora do ambiente universitário, numa articulação - adequada às reais necessidades da população - entre as instituições formadoras e os serviços públicos de saúde. A Rede de Projetos

de Integração Docente-Assistencial/Brasil (Rede IDA/Brasil) foi efetivamente implantada a partir de agosto de 1985 e contou com oitenta e seis projetos distribuídos por nove Redes de programas no Brasil e em outros países da América Latina (CHAVES; KISIL, 1999). Apesar, porém, da considerada importância de articulação entre o acadêmico, os serviços públicos de saúde e a população, as universidades se mantiveram ainda alheias aos reais interesses e necessidades dos serviços e da população, o que tornou limitado o impacto sobre o processo de formação dos profissionais de saúde (BARBIERI, 2006).

Para redimensionar questões relativas ao Programa IDA (BARBIERI, 2006; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013) surge, no início da década de 1990, o Projeto Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: união com a comunidade (Projeto UNI). Também, como o Programa IDA, com o apoio da OPAS e da Fundação W. K. Kellogg, envolveu vinte e três projetos distribuídos em onze países da América Latina, seis deles no Brasil (Botucatu, Marília, Londrina, Natal, Salvador e Brasília) e em nove profissões de saúde, em articulação entre os serviços públicos de saúde, universidades e organizações comunitárias.

A partir da crítica ao modelo flexneriano<sup>8</sup> de formação médica individual e curativa – ainda hegemônico – e de assistência à saúde, os princípios estabelecidos pelo projeto UNI foram: (a) interdisciplinaridade, (b) trabalho em equipe multiprofissional, (c) componentes curriculares com privilégios à inserção precoce do aluno na rede de serviços de saúde e na comunidade, (d) ênfase em disciplinas de cunho epidemiológico, (e) integração do ensino da área básica com a profissionalizante, (f) ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população e (g) articulação entre ensino, pesquisa e assistência (CHAVES; KISIL, 1999). Tal projeto consistia no esforço para que os processos de mudança continuassem a ocorrer na comunidade, como superação da dissociação entre as intenções das instituições formadoras e a sua prática (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Apesar de na América Latina, como em outras regiões, as agências intergovernamentais conduzirem políticas educacionais que apontassem soluções construídas a partir de programas standardizados, de forma a levar em conta o paradigma do capital humano (TEODORO, 2005, 2010, 2011), o projeto UNI foi responsável por movimentos de mudança nas realidades às quais foi inserido, tanto no âmbito das universidades, como no âmbito dos

---

<sup>8</sup>O modelo médico hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-na para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico. (NOGUEIRA, 1994)

serviços de saúde e nas comunidades, ainda que se considere algumas limitações que não permitiram sua eficácia plena (BARBIERI, 2006; LINS, 1998).

No mesmo sentido de mudança, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) desenvolveu iniciativas direcionadas para a formação de médicos e, em 2002, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), (BRASIL, 2002a), elaborados pelos MS e MEC, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida), com apoio da OPAS. O programa propunha ações que visavam à adequação da formação médica aos preceitos do SUS, a partir da cooperação técnica com as reformas curriculares e incentivo à oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de Atenção Básica (AB)<sup>9</sup> em saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Ainda, a partir da necessidade de ampliar o movimento de mudança e com o objetivo de integrar as ações, o MS, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), conduziu a partir de 2005, o processo de elaboração do Pró-Saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas para o SUS é a da formação. A formação do profissional generalista requerido pelo SUS é atualmente regida pela LDB – Lei 9.394 (BRASIL, 1996), que propõe, dentre outras medidas, a substituição dos currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Tais medidas reafirmam a necessidade e o dever de as Instituições de Ensino Superior (IES) formarem profissionais de saúde voltados para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às reais necessidades de saúde da população brasileira.

Na formação dos enfermeiros, o traço historicamente marcado está relacionado à preocupação com a adequação da formação aos interesses do mercado de trabalho. Na tentativa de ultrapassar esse foco de interesse, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de sete de novembro de 2001 (BRASIL, 2001a), preveem a inserção deste profissional como sujeito ativo

---

<sup>9</sup> A Atenção Básica ou atenção primária em saúde caracteriza-se por conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considera a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2007b, p. 10)

no Sistema de Saúde, comprometido com as transformações exigidas pelo exercício da cidadania. Tais Diretrizes têm direcionado as IES nas propostas de formulações dos Cursos de Graduação em Enfermagem, pois compreendem os pressupostos filosóficos, conceituais, políticos e metodológicos capazes de nortear a elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP). Assim, determinam ‘qual’ formação deverá ser oferecida e, também, ‘como’ deverá ser desenvolvida. Para tanto, um dos elementos basilares para a condução das formulações dessas propostas é o perfil do formando egresso/profissional. Segundo a DCN/ENF, o perfil do enfermeiro é apresentado do seguinte modo:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001a)

Neste sentido, as DCN/ENF instituem mais do que ideias, instituem práticas, modos de ser (NIEMEYER; SCHEIN; KRUSE, 2010). Portanto, no compromisso para a formação dos enfermeiros, para que este modo de ser, de exercer sua práxis<sup>10</sup>, esteja em conformidade com os princípios do SUS, há que se considerar, recorrendo a Gramsci (2001), formação “desinteressada”, termo utilizado para contrapor a formação imediatista e utilitarista, à profissionalização precoce, reducionista e minimalista:

O estudo ou a maior parte dele deve ser (ou assim aparecer aos discentes) desinteressado, ou seja, não deve ter finalidades práticas imediatas ou muito imediatas, deve ser formativo ainda que instrutivo, isto é, rico de noções concretas. (GRAMSCI, 2001, p. 49)

Há que se colocar em defesa de prática profissional responsável e “libertadora”, que seja construída a partir de educação problematizadora, contextualizada e consubstanciada na elaboração de perguntas provocantes, capazes de gerar novas respostas e o consequente comprometimento com essas respostas. Urge a defesa de um diálogo que resulte na complementariedade entre os campos social e biológico; na assunção do direito à vida em sua plenitude, que conta com o próprio indivíduo como sujeito do processo educacional e o cenário social como o locus privilegiado da factualidade dessa prática.

---

<sup>10</sup> Práxis, no sentido utilizado por Paulo Freire, é a reflexão do oprimido sobre seu mundo e a reação transformadora deste contra a realidade encontrada. Na execução da práxis, é essencial que o indivíduo seja levado a tomar consciência de sua realidade, para que, a partir daí, possa refletir sobre ela e, finalmente, questioná-la.



Dessas provocações surgiram as disposições para o desenvolvimento desta pesquisa. Segundo Gil (2002), o conhecimento da realidade inicia-se pela experiência sensível, mediatizada por conceitos, organizados e estruturados por quadros categoriais próprios do modelo de racionalidade que lhe subjaz por meio de um processo dinâmico. Para que se realize a pesquisa é imprescindível o estabelecimento do vínculo com algum tipo de problema ou indagação.

Isto posto, corrobora com este estudo o pensamento de Boff (1997) para incluir a caminhada de formação desta pesquisadora, no intuito de justificar sua aproximação com os objetos de estudo:

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura. A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. (BOFF, 1997, p. 9)

Passa-se, então, à descrição de alguns fatos biográficos da pesquisadora, para que melhor possa se compreender seu envolvimento com os objetos de estudo. A fim de trazer ênfase à narrativa dos fatos, opta-se, então, a partir daqui, pelo uso da primeira pessoa do singular, o que permite também marcar o posicionamento da pesquisadora diante seus objetos.

Para descrever essa trajetória pessoal e profissional, escolhi como ponto de partida minhas influências familiares. Nasci na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso, em família de pessoas preocupadas e envolvidas com as questões políticas e sociais. Meu bisavô materno foi um influente cidadão varzeagrandense e suas observações me ajudaram a desenvolver o gosto pela leitura. Na época, os materiais para consulta sobre conhecimentos gerais mais utilizados e divulgados na minha escola eram o “Almanaque Abril” e a Enciclopédia Barsa.

Ao final da década de 1970, terminei o ensino fundamental e mudei-me com minha família para a cidade do Rio de Janeiro, Baixada Fluminense, ocasião em que pude sentir a diferença em termos de acesso aos recursos de informação e entretenimento. Em 1980, concluí minha formação no ensino médio, havia chegado o momento de escolher a profissão. Então, ainda influenciada pelo “Almanaque Abril” e Enciclopédia Barsa, pensava em ser cientista. Entretanto, minha aproximação com as questões relacionadas ao sofrimento humano fez-me voltar à atenção para a área de Saúde. Desta forma, prestei vestibular para Enfermagem na Universidade Gama Filho, posteriormente transferida para Fundação Universidade Federal de Mato Grosso onde, após cumprir os três anos de integralização do curso, recebi o título de bacharel em Enfermagem, com habilitação em Obstetrícia, no ano de 1985.

Durante minha formação no curso de graduação, participei por vários anos do antigo Projeto Rondon. Grande oportunidade para conhecer as regiões Norte e Nordeste do Brasil e suas nuances econômicas, políticas, sociais e culturais, suficientes para desenvolver empatia pelas realidades vivenciadas por essas comunidades. Conheci os seringais de Chico Mendes muito antes de os movimentos sindicais e ambientalistas levarem seu nome para as páginas dos noticiários do mundo. Vi de perto a vida dura dos seringueiros e do homem submetido ao trabalho escravo. Impressionei-me com o trabalho das missionárias da Comissão Pastoral da Terra, capitaneadas por Dorothy Stang, que fundou a primeira escola para formação de professores na Rodovia Transamazônica, a Escola Brasil Grande, estrutura importante para inclusão social de jovens da região e cujo ideário era o processo educacional para a inclusão.

As experiências, com atuações em equipe multiprofissionais vivenciadas durante as extensões universitárias do Projeto Rondon, foram decisivas para dar sustentação às minhas convicções. O contato com as diversas apresentações sociais de outros povos, suas belezas, contradições, alegrias e mazelas influenciaram o construto que sustenta minha prática profissional e humana. Impregnada por essas vivências heterogêneas, deixei a zona de conforto do ambiente universitário, em meio à agitação estudantil, que pressionava pela adoção do currículo integrado e contratações de docentes através de concursos em nível nacional.

As reivindicações dos movimentos estudantis na época foram muitas, todas voltadas para a melhoria do ensino de graduação dos cursos da área de Saúde, com a consequente interferência dessa nas condições de atendimento aos usuários dos serviços hospitalares e da saúde pública. Época bastante apropriada para que a sociedade civil organizada demonstrasse incômodo em relação ao que estava politicamente determinado para o tratamento das questões relacionadas à Saúde. Ora, o setor permanecia sob a égide do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que disponibilizava a oferta de assistência apenas para os indivíduos que estivessem inseridos no mercado formal de trabalho. Aqueles que não tivessem um contrato de trabalho registrado em carteira eram considerados indigentes e seus problemas de saúde careciam de atenção.

Em 1986, com essas provocações pululando em meu espírito, sob as influências políticas das “diretas já” e das pressões sociais para a reformulação do sistema de atenção à saúde, na direção de um modelo que privilegiasse a atenção universal, acessível, integral e gratuita, mudei-me para a cidade de São Paulo e comecei meu curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar na Fundação Getúlio Vargas, integralizado ao final do mesmo ano.

Na Fundação Getúlio Vargas mantive contato com renomados administradores dos serviços públicos de saúde, como a professora Ana Maria Malik, a qual dizia em suas aulas que o administrador hospitalar analisa os gastos com os insumos hospitalares numa perspectiva ortostática, ou seja, quando estão em pé, determinam que os gastos sejam minimizados, mas quando estão deitados, isto é, quando são pacientes, querem que os gastos não sejam dimensionados e que lhes dispensem todos os cuidados necessários para a manutenção e restabelecimento da saúde. Nestas colocações estavam postas a franca oposição da professora aos critérios utilizados para determinar políticas de saúde no Brasil, e estas conjecturas me instigavam, cada vez mais, a buscar um olhar coerente para as mazelas desse sistema.

No mesmo ano de 1986, já com o título de especialista em Administração Hospitalar, pela primeira vez entrei em contato com a realidade do mercado de trabalho. Meu primeiro emprego foi de enfermeira assistencial em instituição filantrópica. Durante aproximadamente 12 anos, trabalhei na assistência direta à saúde e coordenei grupos multidisciplinares em programas de transplantes no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Essas oportunidades foram decisivas para tomar contato com a assistência de alta tecnologia, que incluíam transplantes de coração e rins. Nessas incursões, observei que a falta de cuidados primários de saúde contribuía para o grande número de doenças cardiovasculares e renais. Isso despertou em mim o desejo de cursar Pós-Graduação *stricto sensu*, em Saúde Pública, e escolhi na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Departamento de Políticas em Saúde Pública.

Movida pela curiosidade em compreender o novo Sistema de Saúde que se anunciava, comecei meu curso de Pós-Graduação em Saúde Pública em 1995. Nesse momento, o SUS estava em implantação nos municípios brasileiros, como consequência de atitude política arrojada do, então presidente, Itamar Franco, que havia assumido o principal cargo do executivo em 1992. Foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/93, sob os auspícios dos elementos de natureza política e administrativa constantes do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Era conjuntura política de grande esperança para os profissionais de saúde, momento em que o Regime Jurídico Único foi proposto como política de Recursos Humanos e os movimentos populares se pronunciavam em favor do Sistema de Saúde Universal, eficiente, seguro e resolutivo.

Os ânimos dos sanitaristas vislumbravam a universalização do Sistema de Saúde. Não obstante, os discursos políticos se desenvolviam no cenário de Reforma do aparelho do estado, entendido como a materialização da administração pública no sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus Três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados e Município). Isso já em conjuntura político-ideológica onde o ideário neoliberal do Estado Mínimo despontava como produto da crise mundial do *Welfare State* e da hegemonia do *laissez-faire* econômico. Tal resultou, para os países da América Latina, na desregulamentação do mercado e na diminuição de serviços públicos universais, postulados prescritivos pelo Consenso de Washington que, nas décadas seguintes, determinariam as transformações políticas e econômicas no mundo.

A curiosidade sobre esse assunto determinou minha escolha pela pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, cursada com bolsa de estudo concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em 1999 tornei-me mestre em Saúde Pública, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a dissertação intitulada: “Uma descrição da reforma do aparelho do estado: implicações nas políticas de Recursos Humanos do SUS”. Segui com meus questionamentos de como poderia contribuir para assistência à saúde resolutive, a partir da inserção no mercado de trabalho de enfermeiros, político e tecnicamente capazes de contribuir para minimizar as condições precárias de vida e de saúde, principalmente para as pessoas mais desfavorecidas.

Movida pela crença em poder resolver minhas indagações por meio do trabalho sindical junto à categoria, em 1997, fui eleita, pela chapa “Renovação”, para assumir a Diretoria do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo, no intuito de empreender proposta política que pudesse proporcionar aos enfermeiros a plenitude nos seus relacionamentos de trabalho com os demais profissionais de saúde e com a população atendida.

Após quinze anos, consecutivos, na prática do processo de trabalho nas ações de Enfermagem e frente às equipes multidisciplinares de saúde hospitalocêntrica, já não mais encontrava provocações para o aprendizado e precisava de novos desafios. Foi quando, em 1999, houve a chance de me dedicar à atividade de docência. Entendi, então, que seria a tão esperada oportunidade de influenciar nos rumos da profissão, pelo que não pude capitular e assumi a responsabilidade da função docente no Curso de Graduação em Enfermagem em universidade privada do município de São Paulo. Ao mesmo tempo, exercia a função de docente no Curso de Graduação em Administração Hospitalar e nos cursos de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Coletiva e Administração Hospitalar.

No curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, com ênfase em Programa de Saúde da Família – cujo caráter multiprofissional tinha por objetivo formar profissionais engajados na proposta política da Estratégia Saúde da Família (ESF) – recebi como incumbência o desafio de preparar o Plano de Ensino da disciplina Didática do Ensino Superior. Oportunidade esperada e oportuna para me dedicar ao desenvolvimento de método de estudo por meio dos instrumentos utilizados no processo de ensino-aprendizagem ativa. Foi assim que tive contato com a Maiêutica socrática. Pude conhecer um pouco da vida e obra de Pestalozzi, Piaget, Maria Montessori, Paulo Freire, Anísio Teixeira, Florestan Fernandes, Darcy Ribeiro, Emília Ferreiro, Vygotsky e Santo Agostinho. Experiências que certamente influenciariam minha vida pessoal e profissional para sempre.

Nas leituras das obras desses autores, em diversas situações pude trabalhar com metodologias de ensino e de avaliação não convencionais. Utilizava o Método do Arco de Maguerez aplicado como um caminho de Educação Problematicadora, inspirado em Paulo Freire, no intuito de elaborar diagnósticos de problemas de saúde e propor intervenções a partir da realidade do sujeito. A Teatralidade de Augusto Boal, com sua negação do “cidadão espectador”, foi útil para envolver o aluno nas questões referentes à cidadania e responsabilidade social. O Psicodrama Pedagógico de Moreno favoreceu a expressão de sentimentos e a determinação desses nas ações de saúde.

Ao mesmo tempo em que desenvolvia o trabalho docente, por acreditar no trabalho de integração docência/assistência, continuei acompanhando os alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e pós-graduação em Saúde Coletiva nos ensinamentos clínicos e estágios supervisionados. Estágios esses que são desenvolvidos, em tempo real, nas instituições de saúde públicas e privadas conveniadas com a universidade na qual trabalhava.

Desenvolvi com os alunos, nas suas práticas junto à comunidade, gratificante trabalho com pessoas em situação de rua. O trabalho consistia na busca de pessoas que viviam em situação de rua e em encaminhá-las aos equipamentos sociais e de saúde. Vários grupos de pessoas foram submetidos às mais variadas ações de saúde, desde coleta de material para exame de papanicolaou até monitoramento no uso de entorpecentes.

Ministrei aulas de Saúde Coletiva e Didática do Ensino Superior para alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem até 2008, momento em que surgiu a oportunidade para assumir o cargo de Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem na universidade onde já trabalhava. Experiência que encarei como desafio, uma vez que minha prática em Gestão da Educação era absolutamente incipiente.

Permaneci como Coordenadora Adjunta por cinco anos. Na sequência, assumi a função de Coordenadora dos Ambulatórios Integrados de Saúde. Fui membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) por período de oito anos e atuei por cinco anos como membro do Comitê de Ética na Utilização de Animais (CEUA) na mesma instituição.

Na condição de gestora de curso discuti questões relativas à formação dos enfermeiros e, por meio de providenciais contatos com pessoas, PPP, Leis, Diretrizes, Normativas e Resoluções, tive a grata oportunidade de adquirir conhecimentos acerca do processo de integralização dos cursos de bacharelado em Enfermagem.

No momento em que tomei contato com os documentos basilares que norteiam a formação profissional dos enfermeiros, constatee o quanto a proposta de perfil do egresso do Curso de Graduação em Enfermagem encontra-se carente de adaptação com a prática profissional necessária. Faz parte dos textos das DCN/ENF, perfil de caráter generalista, crítico-reflexivo com capacidade para atuar na sociedade, em prática de trabalho interdisciplinar, contextualizada e responsável.

Não obstante ao formalismo legal, minha observação da prática profissional dos enfermeiros sustenta a ideia de que, apesar de o perfil requerido apontar na direção de formação contextualizada e interdisciplinar, ocorre de fato atividades concentradas nas especialidades da profissão, sem engajamento em um processo de trabalho conjunto com os demais profissionais de saúde. Enfim, nesta “travessia” da minha existência, na qual foi possível experimentar vivências de extrema gratificação pessoal e profissional, em alusão à música de Milton Nascimento “*minha casa não é minha e nem é meu este lugar*”, novamente deveria sair da zona de conforto e assumir novos compromissos e desafios.

Neste desafio, em busca de apropriação de novos conhecimentos que me auxiliassem a compreender e a ratificar compromissos com os problemas de saúde e qualidade de vida dos usuários dos serviços públicos de saúde, me propus a fazer o doutorado na área de Educação. Tenho a certeza de que encontrei excelentes ferramentas na aproximação com os referenciais teóricos educacionais, ao buscar compreender as inquietações de pessoas que dedicaram suas obras em defesa de uma sociedade igualitária, em que todos tenham acesso não só ao conhecimento, mas, sobretudo, a “uma educação libertadora”.

Esse ideário, compartilhado por diversos educadores brasileiros como Paulo Freire, Anísio Teixeira, Darcy Ribeiro, Florestan Fernandes, Irany Novah de Moraes, Celso Furtado, deve ser perpetuado também nas atitudes dos profissionais de saúde, na valorização da intersetorialidade entre as diversas estruturas que compõem a sociedade. Deve, além disso, ser posto na defesa de prática profissional responsável e “libertadora” e na valorização do direito à

vida em sua plenitude, em reconhecer o indivíduo como sujeito inalienável do processo educacional e a prática social como o lócus privilegiado da factualidade dessa práxis.

Na minha observação frente às atitudes dos profissionais de saúde, estou convencida de que muitos compartilham com a ideia da necessária reformulação das crenças e valores determinantes para adequação de condutas e posturas profissionais, a fim de dar conta dos compromissos sociais assumidos no momento da escolha da profissão. Acredito que esses sentimentos sejam compartilhados a partir de nova percepção do homem sobre o mundo, e de sua necessidade em atribuir significado àquilo que faz. Portanto, cabe-nos a esperança de influenciar nossos pares com nossas atitudes éticas e responsáveis, quando, certamente perceberemos que já não é pouco o número de pessoas com os mesmos ideais. Como na música *Limelight*, de Charles Chaplin, “*para que chorar o que passou, lamentar perdidas ilusões, se o ideal que sempre nos acalentou, renascerá em outros corações*”.

Na intenção de atribuir conotação poética e filosófica às minhas reflexões recorro à escritora Hannah Arendt, que dedicou muito de sua produção intelectual às questões relacionadas à Educação. Em sua obra “A Condição Humana” (2009), a autora postula que nem tudo o que é real é verdadeiro e os nossos sentidos apenas nos apresentam a realidade sendo, portanto, insuficientes para nos mostrar o que é realmente verdadeiro.

Arendt ilustra suas colocações a partir do exemplo de nossas observações sensoriais sobre o sol. Observamos todos os dias que sua nascente ou leste acontece todas as manhãs e na poente ou oeste desaparece à tardezinha; surge e desaparece no horizonte. Isto é real, podemos ver, porém, com os estudos de Arquimedes, Giordano Bruno, Nicolau Copérnico, Galileu Galilei e Isaac Newton foi cientificamente comprovado que não é verdadeiro. O sol não nasce ou se põe no horizonte todos os dias, mas o que nos causa essa percepção sensorial é na verdade a rotação da Terra em torno dele.

Assim, a partir da necessidade do homem de desenvolver percepção verdadeira sobre o mundo que o cerca, há que se deixar de guiar apenas pelos sentidos e pelo senso comum; é preciso “deixar a caverna”, conforme nos demonstra Platão (1999), na representação simbólica da Parábola da Caverna, por meio da qual evidencia-se não ser possível conhecer o mundo através das sombras.

Se, no início de minha formação acadêmica acreditava que o determinante para o sofrimento humano seria a precariedade física e mental, hoje estou convencida de que o sofrimento humano pode, da mesma forma, ser determinado pela iniquidade social. Então, questiono-me: não seria a falta de equidade social, esse “viver a vida pela metade”, a transcrição da emblemática e arquetípica Parábola de Platão?

Para tanto, busquei compreender a origem e a legitimidade das políticas públicas inerentes à formação dos enfermeiros e as forças estabelecidas para proposituras e implantação do Pró/PET-Saúde como possíveis estratégias políticas de formação profissional dos enfermeiros, consubstanciada nos princípios do SUS e nas DCN/ENF. Perspectiva esta conducente ao seguinte problema de pesquisa: **Em que medida as estratégias previstas no Pró/PET-Saúde contribuíram para a mudança na formação profissional dos enfermeiros correspondente às demandas do SUS?**

Em relação à divisão, esta pesquisa foi executada em duas Partes, a saber:

A Parte I apresenta as considerações para construção da narrativa intersetorial (Educação e Saúde) e é composta pelos capítulos I e II.

O Capítulo I apresenta o percurso metodológico da pesquisa, considera o Pró-Saúde e PET-Saúde como objetos de estudo e seus papéis indutores na formação do ensino em Saúde, no Brasil. Estes Programas recomendam a inserção dos estudantes nos cenários reais de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na AB, desde o início de sua formação. No intuito de promover transformações na prestação dos serviços de saúde à população a partir da reafirmação dos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o SUS e da reformulação dos PPP, dos cursos de graduação em saúde baseadas nas DCN, a partir da articulação entre ensino – serviço – comunidade. Ainda neste capítulo, apresento como referencial teórico, o currículo como construção social e procuro revelar aspectos vinculados às relações de poder, o que configura o contexto educacional como espaço fundamentalmente político. A abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*) é apresentado como referencial metodológico e analítico, pois oferece potencial considerável para a análise destas políticas de reorientação, para a formação do profissional enfermeiro, já que as pesquisas, desenvolvidas por Ball e colaboradores, inserem-se em concepção de pesquisa crítica sobre políticas educacionais, comprometidas com a justiça social.

O Capítulo II apresenta a formação em Saúde no Brasil, na vertente da saúde pública. Considera a formação dos profissionais de saúde para o fortalecimento do SUS, os movimentos sociais e a legitimidade da formação do trabalhador na saúde. Considera também, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, como construção de um movimento participativo comprometido com o SUS e também o Estado e a elaboração de políticas públicas intersetoriais (Educação e Saúde).

A Parte II apresenta os Resultados e Discussão. Compõe-se dos capítulos III, IV e V.

O Capítulo III analisa e discute o **contexto de influência** da política na construção do Pró-Saúde: os discursos políticos e a mudança na formação profissional dos enfermeiros no



sentido de compreender a aproximação da formação acadêmica dos enfermeiros com a realidade do sistema público de saúde, assim como as potencialidades do Pró-Saúde na reorientação da formação profissional dos enfermeiros.

O Capítulo IV analisa e discute o **contexto de produção do texto**: a construção dos textos em interface com a saúde pública, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, sua interlocução com a saúde pública e as ações conjuntas entre os Ministérios da Educação e da Saúde na formação profissional do enfermeiro generalista.

O Capítulo V analisa e discute o **contexto da prática**: Os serviços públicos de saúde como cenários de aprendizagem, a partir da aproximação entre a formação profissional do enfermeiro e a vida cotidiana do trabalho e seu caráter educativo, a centralidade do conceito de mudança no processo de trabalho em Saúde e os serviços de saúde como cenários de aprendizagem.

Por fim, são apresentadas as conclusões, onde reforçam-se as ideias finais permeadas nos capítulos anteriores, assim como apontam-se as perspectivas para possíveis investigações futuras.

## **PARTE I**

### **CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA INTERSETORIAL: EDUCAÇÃO E SAÚDE**

## CAPÍTULO I

### PERCURSO METODOLÓGICO

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de porque se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro. Mas cada um via uma coisa diferente, e cada um portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade. (PESSOA, 1995, p. 57)

#### 1.1 OBJETOS DE ESTUDO

##### 1.1.1 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

A gestão da Educação na Saúde para a organização dos serviços, sempre foi tema relevante no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, inclusive apresentada como objeto de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde. Realizada em 1986, como continuidade à 8ª CNS, em cujo Relatório, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) passou a requerer a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da Educação na Saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal, com exigências de definições explícitas das políticas para o setor e para a necessária integração ensino-serviço, servindo-se de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, como o proposto, por exemplo, na ESF (BRASIL, 1986b).

Sobre integração ensino-serviço, Albuquerque et al. (2008) apresentam explicação:

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. [...] os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo. (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357, 358)

Nos últimos anos, o Governo Federal brasileiro implementa políticas de inclusão social voltadas, especialmente, para os setores da Saúde e da Educação. Na área da Saúde, o esforço está posto na direção da substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em

saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar (SILVA; CAMILLO, 2007). Albuquerque et al. (2008), defendem que para se construir novo modo de organizar e praticar a atenção à saúde, é preciso novo perfil de trabalho e de trabalhadores.

Neste sentido, o MS, por meio da SGTES do DEGES (Departamento de Gestão de Educação na Saúde), em parceria com o MEC, por intermédio da SESu e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com apoio da OPAS, instituíram o Pró-Saúde, cujo objetivo é a integração ensino-serviço, na intenção de reorientar o processo de formação profissional em Saúde, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, consubstanciados na abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na AB e nas linhas de cuidado<sup>11</sup>, desde a promoção à recuperação da saúde (BRASIL, 2009a).

Pretende-se a inserção dos estudantes nos cenários reais de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na AB, desde o início de sua formação. No intuito de promover transformações na prestação de serviços de saúde à população a partir da reafirmação dos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o SUS e da reformulação dos PPP dos cursos de graduação em saúde baseadas nas DCN (BRASIL, 2009a).

Uma das responsabilidades da União com a Educação na Saúde, apontada no documento que estabelece as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e ratificado pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007b), é articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, o que reafirma o preceito constitucional de que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde” (BRASIL, 2000, art. 200, inciso III):

2. Das Responsabilidades de cada esfera de Governo

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

VI. Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica. (BRASIL, 2007b, p. 15)

Na assunção de cumprir seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde, o MS considera a Educação como ferramenta de gestão e como

---

<sup>11</sup> Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede (PORTARIA Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

instrumento de transformação de práticas de atenção em saúde e investe na construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população (HADDAD et al., 2009).

Desta feita, o Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de três de novembro de 2005 (BRASIL, 2005a), inspirado no PROMED. Contemplou, inicialmente, os cursos de graduação das profissões (Pró-Saúde I) que integram a ESF, considerada como modelo da AB e ordenadora das redes de atenção à saúde no SUS: Enfermagem, Medicina e Odontologia. A estrutura de condução nacional do Pró-Saúde neste formato contemplou a seguinte formação: Conselho Consultivo, Comissão Executiva e Comissão Assessora e o financiamento estava a cargo da programação orçamentária do MS (BRASIL, 2005a).

A proposta formulada considerou as DCN estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para as profissões de saúde, que ratificam a necessidade de orientar a formação dos profissionais em seu trabalho no SUS. Da mesma forma, considerou o estabelecido no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) interface entre as políticas do MEC para a Educação Superior e projetos como o Pró-Saúde, pois ambos preocupam-se com a formação de nível Superior em atendimento às políticas de responsabilidade social (BRASIL, 2009a).

Assim, estruturou-se os processos de reorientação da formação em três eixos de transformação já idealizados no âmbito do PROMED, com seus respectivos vetores específicos. Cada um dos eixos foi decomposto em três vetores (**Quadro 1**) para fazer classificação das IES dentro de três estágios, que partiam de situação mais tradicional ou conservadora (estágio 1) até alcançar a situação e o objetivo desejados (o estágio 3); definido isso, se elaborava o projeto Pró-Saúde I. Os eixos serviram para avaliar o processo de reorientação da formação profissional em saúde, cuja tipificação se postulava em função do desenvolvimento dos eixos referidos, ou seja, de quanto se levou em consideração sua participação como elemento estruturante da mudança.

Quadro 1. Eixos de transformação, respectivos vetores específicos e estágios de referência para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I.

Eixos (A,B, C)	A. Orientação Teórica			B. Cenários de Prática			C. Orientação Pedagógica		
Vetores ( 1-9)	Determinantes de saúde e doença	Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS	Pós-graduação e educação permanente	Integração docente assistencial	Diversificação de cenários do processo de ensino	Articulação dos serviços universitários com o SUS	Análise crítica da atenção básica	Integração ciclo básico/ciclo profissional	Mudança metodológica
Estágio 1	A IES prioriza a consideração de determinantes biológicos da doença e uma abordagem de caráter curativo orientado ao indivíduo.	IES sem produção sistemática de investigação em atenção básica.	oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.	Configura-se uma rígida separação entre a programação teórica e a prática assistencial.	As atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica, com práticas realizadas, por excelência, em instalações universitárias.	A IES conta com serviços próprios, isolados da rede do SUS e com clientela cativa.	A formação nas áreas assistenciais mantém uma abordagem acrítica das necessidades do serviço de saúde.	Os ciclos clínico e básico apresentam-se separados, com disciplinas fragmentadas.	O ensino se dá por meio de aulas expositivas para grandes grupos de alunos e centrado no professor.
Estágio 2	A IES considera os determinantes biológicos e sociais da doença, sem destacar os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo	IES que tenham uma baixa produção de investigações na atenção básica ou na gestão do SUS.	Aqui há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos do perfil de oferta de residências, mestrados e doutorados que não atendem às necessidades da população.	Nota-se articulação entre a programação teórica e a prática assistencial em poucas áreas disciplinares, com predomínio na atenção individual de caráter curativo.	Durante os primeiros anos do curso são realizadas atividades extramurais isoladas de alunos em unidades do SUS, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de Saúde Coletiva, Ciclo clínico com atividades assistenciais realizadas em instalações não vinculadas ao SUS.	Serviços parcialmente abertos ao SUS, mas com algum grau de autonomia na definição de seus pacientes.	Algumas disciplinas de aplicação clínica oportunizam uma análise crítica da organização do serviço.	Percebe-se a existência de disciplinas/atividades integradoras ao longo dos primeiros anos.	O ensino aqui inclui inovações pedagógicas em caráter experimental restritas a certas disciplinas e pequenos grupos de estudantes.
Estágio 3	A IES atribui importância equivalente aos determinantes da saúde e da doença e mantém articulação entre o biológico e o social.	IES com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica e com forte interação com os serviços públicos de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo-benefício, etc.	Oferta de oportunidades educacionais articulada com os gestores do SUS, revisão dos quesitos quantiqualitativos da formação, e trabalho coadunado com os processos educativos em saúde da família	os cursos integram, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática assistencial, em nível individual e coletivo.	São desenvolvidas: atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos sociais e escolares ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade; atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede, ou em serviços próprios das IES com centrais de marcação de consulta subordinadas às necessidades do SUS. Internato para os cursos de Medicina, ou estágios para os cursos de Enfermagem e Odontologia desenvolvidos em sua totalidade na rede do SUS.	Serviços próprios completamente integrados ao SUS, com centrais de marcação de consulta subordinadas às necessidades do SUS que conta com mecanismos de referência e de contrarreferência com a rede do SUS.	Na etapa clínica, o processo de ensino-aprendizagem assume a análise crítica da experiência assistencial, com ênfase no componente de atenção básica.	Aqui o ensino integra o ciclo básico ao profissional ao longo de todo o curso, tendo na problematização o método orientador da integração.	O ensino ocorre em ambientes diversificados, baseado em problematização para grupos pequenos com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, avaliando-se todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

Fonte: Adaptado de Brasil, 2005b.

A adesão ao Pró-Saúde I derivou da submissão do projeto, já apreciado pelos colegiados dos cursos de graduação (único projeto por curso), à Comissão Assessora composta por gestores do SUS e profissionais de notória especialização em Educação Médica, Educação em Enfermagem e Educação em Odontologia, cuja atribuição consistia em selecionar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos projetos (BRASIL, 2005a).

Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de vinte e seis de novembro de 2007 (BRASIL, 2007c), o Pró-Saúde foi ampliado para os demais Cursos de Graduação da área da Saúde (Pró-Saúde II), somados aos cursos já contemplados na primeira fase. Desta feita, é previsto um projeto por IES, que deveria enfatizar o eixo cenários de prática<sup>12</sup>, englobar mais de um curso da área da Saúde e contar com elaboração e encaminhamento em parcerias entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou a Secretaria Estadual de Saúde (SES), mediante compromissos firmados para consecução de ajustes após possíveis recomendações do MS e MEC. Também havia a possibilidade de ambas as secretarias estarem no mesmo projeto. O processo de seleção privilegiava os projetos de IES com experiência anterior no Pró-Saúde I.

O Pró-Saúde II apresentou pequenas alterações no conteúdo esquemático da estratégia proposta e na nomenclatura atribuída aos componentes dos eixos norteadores em relação ao Pró-Saúde I (BRASIL, 2009a):

1. Orientação teórica – Prioridade dos determinantes de saúde e da doença, biológicos e sociais, em adequada articulação entre ambos, tanto na abordagem do conhecimento teórico, quanto na prática assistencial; ênfase na produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, caracterizada por presença de investigações clínico-epidemiológicas e de gestão participativa, equilibradas e, em conformidade com os aspectos sociais de saúde e suas necessidades; preconiza a oferta de pós-graduação de educação permanente associada com as necessidades assistenciais locais/regionais.

2. Cenários de prática – Os cenários que contribuem para o desenvolvimento da aprendizagem ativa, durante a formação profissional, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários. A

---

<sup>12</sup> Cenários de prática são locais de aprendizagem e de trabalho com papel transformador, e não apenas como espaço físico de realização das novas práticas pedagógicas e assistenciais; constituem ambientes onde os estudantes podem considerar os sujeitos sociais neles presentes, a natureza, o conteúdo e a finalidade destas práticas, perante a sociedade e as políticas de formação e de assistência à saúde. Espera-se, assim, que propiciem a incorporação de métodos pedagógicos inovadores, de novas áreas de práticas e vivências, bem como a utilização de tecnologias que possibilitem a aquisição de competências pautadas em valores éticos e morais, nos âmbitos individual e coletivo, com revisão dos processos de saúde e doença, de forma a permitir, dinamicamente, ajustes às demandas individuais e sociais, da realidade e na realidade (PERES et al., 2012, p. 137)

interação precoce do aluno com a população e com os profissionais dos serviços de saúde favorece o sentido crítico da análise da prática clínica, problematiza-a e, por lidar com problemas reais, o aluno assume compromissos como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia. Nesta diversificação dos ambientes de aprendizagem, considera-se a articulação entre os distintos níveis de atenção à saúde e os mecanismos institucionais de referência e contrarreferência com a Rede SUS.

3. Orientação pedagógica – Em conformidade com o processo de Educação de adultos, preconiza a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham a possibilidade de o aluno assumir seu lugar de sujeito na construção do conhecimento, com capacidade para planejar e analisar o processo assistencial em que se insere, mediante a aplicação do juízo crítico baseado em evidências científicas. Consubstanciada no modelo pedagógico de aprender fazendo, que nega quaisquer tipos de cisões entre teoria e prática, pretende-se a integração entre os ciclos básico e clínico, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva, pois o aprendizado acontece de forma dinâmica por intermédio da ação – reflexão – ação, o que imprescinde da incorporação do pessoal dos serviços e da vivência na comunidade, tendo o professor como facilitador e orientador desse processo. Este novo formato requer ações que promovam o trabalho em equipe, avaliação formativa e somativa de cunho qualiquantitativas e multirreferenciais com participação do aluno, inclusive, na avaliação do currículo desenvolvido.

No campo específico da Enfermagem, a ação de cuidar ocorre enquanto relação de subjetividades envolvem o usuário do serviço e o profissional, instala-se aí a corresponsabilidade para o enfrentamento do problema de saúde. Portanto, na formação profissional dos enfermeiros, há que se considerar necessária atuação dos cuidados de Enfermagem que contribuam para a formação de vínculos com os usuários dos serviços, na direção da construção de autonomia, destes, para lidarem com as questões de saúde, dentro de suas capacidades e limitações, pelo que se torna:

Necessário construir projetos políticos pedagógicos e seus componentes de organização curricular que assegurem a sua relevância social, incluindo competências técnicas e gerenciais, políticas e éticas que sustentem os atos de cuidar. A reorientação do processo de formação, nesse caso, deve estar articulada aos processos de produção de serviços de atenção à saúde, na perspectiva do compartilhamento e gestão de conhecimentos e coordenação dos “fazer” específicos de forma a assegurar o planejamento, a avaliação e o controle tanto da atenção à saúde como dos processos de formação. (BRASIL, 2009a, p. 41)

A estrutura de condução nacional do Pró-Saúde neste formato contemplou a constituição de Conselho Consultivo, da Comissão Executiva, doravante responsável pelo edital de seleção



de propostas, e da Comissão Assessora. Prevê ainda a constituição da Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde e a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), constituída por representantes da gestão estadual e municipal, dos Conselhos de Saúde, dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes dos cursos participantes do Pró-Saúde, além dos coordenadores dos projetos (BRASIL, 2007c). Permanece o financiamento a cargo dos recursos orçamentários do MS, via repasse 'fundo a fundo', além de convênios e demais instrumentos de repasse (BRASIL, 2009a).

No intuito de potencializar o Pró-Saúde, o PET-Saúde foi regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC Nº 421, de três de março de 2010 (BRASIL, 2010a), apresentou-se como proposta do MS, por intermédio das SGTES e Secretaria de Atenção à Saúde, e do MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), inspirado no Programa de Educação Tutorial do MEC, com base legal na LOS (BRASIL, 1990 a) e Leis Nº 11.129, de trinta de junho de 2005 (BRASIL, 2005c), e Nº 11.180, de vinte e três de setembro de 2005 (BRASIL, 2005d).

O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas de acordo com as necessidades do SUS, a partir da articulação entre ensino – serviços de saúde – comunidade, como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde. Da mesma forma, proporcionar iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Saúde, para a formação de profissionais com perfis adequados às necessidades e às políticas de saúde do país, na perspectiva da inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010a). Tal apresentava-se como possibilidade para que o MS cumprisse seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde (BRASIL, 1990a; 2007b; 2010b).

O PET-Saúde tem como pressuposto a Educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para coordenador do projeto, professores tutores das IES, profissionais preceptores dos serviços e estudantes dos Cursos de Graduação da área da Saúde. Por ser uma das estratégias do Pró-Saúde relacionada mais especificamente ao eixo cenários de prática, busca incentivar a integração dos estudantes e docentes dos Cursos de Graduação em Saúde com os profissionais e com a população usuária dos serviços, no local onde ocorre a demanda. Possibilidade para a formação em que as IES conduzem todo o processo de ensino-aprendizagem em interface entre a orientação teórica da sala de aula com as práticas de atenção dos serviços públicos de saúde, a partir das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento da AB, de acordo com os

princípios e necessidades do SUS em consonância com as apresentações epidemiológicas e demográficas dos diferentes contextos (BRASIL, 1990a ; 2007b; 2009b; 2010a).

Na primeira edição, o PET-Saúde apresentou-se como PET-Saúde/Saúde da Família, e, logo em seguida, estendeu-se para ações do PET-Saúde/Saúde Mental. A partir de avaliações e acompanhamentos dos processos desenvolvidos nos PET-Saúde anteriores e no final de 2011, a SGTES detectou a necessidade de promover articulação entre o Pró-Saúde e o PET-Saúde e decide publicar Edital conjunto Pró/PET-Saúde, que considerou o planejamento da Saúde segundo as regiões e as redes de atenção à saúde, assim como a atenção às necessidades locais, articulando-as entre as IES, SMS e SES (BRASIL, 2011).

Para adesão ao programa, as propostas foram apreciadas nas Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço (CIES) e pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS). A condução nacional do PET-Saúde ficou a cargo do DEGES/SGTES, que tem a atribuição de apreciar as propostas, sugerir mecanismos de funcionamento, aprimoramento e avaliação dos grupos PET-Saúde. Os projetos são assinados conjuntamente pelo gestor municipal ou estadual e o representante legal da IES, cujas responsabilidades, concorrentes, definem os critérios de seleção dos preceptores (profissionais dos serviços públicos de saúde alocados nas instituições nas quais serão desenvolvidos os projetos), após o que as secretarias de saúde indicam os nomes, enquanto a seleção do coordenador, dos tutores acadêmicos e dos alunos fica a cargo das IES (BRASIL, 2011).

A trajetória do Pró-Saúde é evidenciada pela crescente aproximação entre o MS e o MEC, contexto que propicia efetivar o ordenamento da formação dos recursos humanos para o SUS, por meio da operacionalização conjunta de políticas para o setor, em que prestigia a participação das estruturas de gestão do Sistema, com apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde e dos profissionais dos serviços no processo político e decisório em que se elaboram os projetos (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Acresce que as discussões atuais dão conta de que o ensino universitário deve superar a profissionalização específica e disponibilizar a problematização e interdisciplinaridade como direcionadoras da proposta de formação (BATISTA, 2012). Neste quesito, o PET-Saúde apresenta-se como oportunidade para a construção de espaços de diálogo entre as IES, os serviços públicos de saúde e a população usuária, pautado nas possibilidades de assistência consubstanciada nas apresentações das necessidades de saúde no cotidiano.

Para Puccini et al. (2012), as DCN e o processo de elaboração dos projetos Pró-Saúde contribuíram para identificação de fragilidades e necessidades de mudanças, verificou-se que foi possível obter avanços. Dentre os quais, incluem-se: a experiência das comissões

docentes/alunos para visitas às unidades de saúde e participação em conselhos gestores das unidades, no sentido de identificar os serviços que oferecem maiores possibilidades de atuação, bem como definição das atividades.

Diante destas colocações, há que se considerar a premência de estudos que analisem o Pró-Saúde e o PET-Saúde desde suas origens, enquanto política educacional pública e intersetorial centrada na mudança da formação dos profissionais de Saúde para a consecução do SUS, até a sua implementação nos cenários de prática, locais onde os fatos acontecem e emergem as reais necessidades de saúde dos usuários dos serviços. Para tanto, me mostrou oportuna a possibilidade de utilizar a abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*) para compreender este processo.

## 1.2 CAMPO DE ESTUDO

Trata-se de IES pública, situada no município de São Paulo que oferece o Curso de Graduação em Enfermagem, na modalidade de bacharelado, ministrado em período integral. Tempo de Integralização do curso: mínimo de quatro anos e máximo de seis anos (4.652 h/a), mediante a isto, a metade da carga horária é dedicada às questões relativas à AB. Mantém como filosofia o valor do cuidado ao ser humano, respeito à sua dignidade e integralidade, pautado no conhecimento técnico-científico e na competência, respaldada pela ética. Reconhece que a produção dos serviços de saúde é influenciada pela formação em Saúde e assume as proposições firmadas no âmbito do SUS.

Desta forma, o desenvolvimento do PPP do Curso de Graduação em Enfermagem foi norteado pelas DCN/ENF de acordo com o Parecer CNE/CES 1.133/2001 (BRASIL, 2001b), em consonância com o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI). No propósito de formar enfermeiros com postura transformadora em qualquer nível de desenvolvimento dos programas de saúde, possui experiência na implementação do Pró/PET-Saúde no Curso de Graduação em Enfermagem, os quais, desde o ano de 2008 fazem parte das proposições inerentes às formulações curriculares.

A escolha por esta IES se deve ao fato de, ao longo dos anos, ter ampliada sua área de atuação junto aos serviços públicos de saúde, com composição de cenários de prática diversificados, com diferentes formas de atuação e gestão em Saúde, de acordo com as realidades locorregionais. Tal, propicia aos docentes e discentes, aproximação das reais

necessidades de saúde da comunidade por meio de interação, nos cenários de prática, com os profissionais e gestores dos serviços (universidade – serviços de saúde – comunidade).

O desenvolvimento do Pró/PET-Saúde nesta IES coadunam experiências desde o PROMED, cujas mudanças contribuíram para potencial aperfeiçoamento, gradual e progressivo do ensino, sobretudo no que se refere à definição de áreas comuns aos cursos da Saúde: Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia. Esses Programas ofereceram aos alunos e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem, oportunidades para vivenciar e atuar de forma multidisciplinar em cenários de prática dentro do sistema público de saúde.

Nesta perspectiva, a IES apresenta-se como referência para a formação dos profissionais da Saúde, pois prioriza a pactuação entre os cenários de prática como oportunidades de aprendizagem por intermédio de vivências em contato com realidades distintas nas quais, o reconhecimento de culturas e saberes diversificados, contribui na definição de possíveis indicações para o aprimoramento dos currículos dos cursos em conformidade com as necessidades de saúde local.

### 1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 1.3.1 Currículo como Construção Social

A imensa maioria dos trabalhadores está submissa a trabalho do qual não sabe para que serve, é necessário que em todos os graus de escolaridade se estabeleçam discussões sistemáticas, sobre questões políticas que confrontem a primazia do científico sobre o técnico: “para que serve”, “contra quem serve” e “porque”, em discurso que se oponha ao discurso do poder dominante (GADOTTI, 1998, p. 54).

Politizar o conteúdo não é tentar, a qualquer custo, ver na demonstração do teorema de Pitágoras uma infiltração ideológica, é inserir Pitágoras historicamente e todos os teoremas e a própria Matemática num contexto humano e social, onde os números e a abstração matemática tem um sentido. (GADOTTI, 1998, p. 73)

As teorias críticas de currículo evidenciam a estreita relação entre conhecimento e poder e essa relação efetiva visão de mundo e projeto de sociedade que pode produzir inclusões e exclusões, se modificam ao longo da história em consonância com os diferentes contextos sociais, culturais, educacionais, econômicos e políticos.

Nessa direção, o desenvolvimento deste capítulo se deu no propósito de reflexão acerca do currículo enquanto construção social e seu papel na formação de indivíduos para que convivam em sociedade, ligados por vínculos objetivos e subjetivos de pertencimento, identidade e interdependência, na consideração de que o Estado e a elaboração de políticas públicas intersetoriais são elementos propulsores para possível incrementação desses propósitos.

Feuerwerker (2002) assegura que o cientificismo limitou à esfera privada toda a dimensão subjetiva do mundo, e o ensino, na modernidade, desqualificou, nas práticas de saúde, as possibilidades de ações compreendidas como não científicas, invertendo prioridades: prefere a doença ao doente, fragmenta o indivíduo num somatório de órgãos e sistemas que desconsidera o todo na sua especificidade biológica, suas dimensões psicológicas, culturais e sociais. Ou, ainda nas considerações de Sacristán (2000), o cientificismo dos anos 1960 e 1970 teve como consequência o desenvolvimento de atividades complexas e visões especializadas, porém parciais, de processos e ações humanas, entretanto, prática correta não pode ser deduzida diretamente de conhecimentos científicos descontextualizados das ações realizadas em situações reais, o que nos exige reflexão sobre a ação.

Desta forma, também discutiremos o papel das DCN/ENF na formação integral do enfermeiro para atender às necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS, asseguradas pela integralidade da atenção e humanização do atendimento, o que justifica outra concepção curricular, outro *ofício de aluno* (PERRENOUD, 1994), em perspectiva que considere a valorização das missões e dos sentidos de vida das pessoas: os interesses, propósitos e experiências pessoais de seus principais executores, os professores (GOODSON, 2008a).

Os movimentos da reconceitualização curricular e da Nova Sociologia da Educação trouxeram para as discussões curriculares o significado de currículo escolar como mecanismo de controle e ação com os quais se poderiam garantir a eficiência social e, conseqüentemente, a manutenção do *status quo* do sistema capitalista. Os interesses positivistas articularam a relação entre conhecimento e poder. Assim, o conhecimento foi construído baseado em princípios instrumentais que objetivavam a racionalização, sistematização e o controle da escola. A partir da década de 1980, o currículo passou a ser considerado um caminho possível para reverter o controle social tradicional e se produzir o controle social dialético, com enfoque na transformação do *status quo* social e, consubstanciada nas teorias críticas de currículo e na concepção de Educação crítica voltada para a emancipação humana, a teorização curricular vinculou o currículo a conceitos como consciência crítica, consciência de classe, resistência e comportamento crítico (JAEHN, 2011).

A teoria curricular crítica, influenciada por diversos movimentos teóricos anteriores, conta com representantes de várias correntes. William Pinar é apresentado como o principal autor da reconceitualização curricular norte-americana, com abordagem fenomenológica e hermenêutica; Michael Apple e Henry Giroux surgem associados a crítica neomarxista do currículo; Michael Young e Basil Bernstein foram os fundadores da Nova Sociologia da Educação, que dedicou ao currículo o principal dos trabalhos; Pierre Bourdieu, e seus colegas e colaboradores, desenvolveram as teorias crítico-reprodutivistas.

Os neomarxistas estadunidenses criaram a denominada Sociologia do Currículo com foco nas relações entre conhecimento e poder que relaciona currículo e estrutura social, currículo e cultura, currículo e poder, currículo e ideologia e, da mesma forma, currículo e controle social, no intuito de entender “a favor de quem o currículo trabalha e como fazê-lo trabalhar a favor dos grupos e classes oprimidas”(MOREIRA; TADEU DA SILVA, 2013, p. 23). Nesse sentido, o que se quer é compreender quais são os elementos presentes nos currículos formal, em ação e oculto<sup>13</sup>, que contribuem para a reprodução de desigualdades sociais. Ao mesmo tempo em que identifica e valoriza “as contradições e as resistências presentes no processo, buscando-se formas de desenvolver seu potencial libertador” (MOREIRA; TADEU DA SILVA, 2013, p. 23).

Já a Nova Sociologia da Educação foi um movimento que, em nova abordagem do currículo e das práticas de ensino, enfatizava a construção social dos processos de Educação escolar com reflexão centrada nos conteúdos do ensino e na problematização do conhecimento escolar, em perspectiva de mostrar o papel que o conhecimento escolar, sua forma de transmissão, aquisição e avaliação desempenhavam no controle e na eficiência social. A publicação que inaugurou essa proposta sociológica foi *Knowledge and Control: New Directions in the Sociology of Education* organizado por Michael Young, em 1971, cuja crítica foi dirigida ao fato de os sociólogos estarem à margem das escolhas de como o conhecimento é selecionado, organizado, transmitido e avaliado pelas instituições de ensino, o que pode ser observada na seguinte afirmação:

Parece que é, ou deveria ser a tarefa central da Sociologia da Educação, relacionar os princípios de seleção e organização curricular que subjaz à sua configuração institucional e interacional em escolas e salas de aula com a estrutura social mais ampla. (YOUNG, 1971, p. 24, tradução nossa)

---

<sup>13</sup> O currículo é um instrumento de construção de identidades e subjetividades. Essa visão de currículo inclui: planos e propostas (currículo formal), o que de fato acontece na sala de aula (o currículo em ação), bem como as regras e as normas não explicitadas que governam as relações que se estabelecem nas salas de aula (currículo oculto) (MOREIRA, 1997, p. 15).

Abordagem que corresponde ao que Forquin (1993) denomina de “sociologia da suspeita” (p. 172), que não mais permitiria pensar ingenuamente os conteúdos, os métodos de ensino, as relações e rituais escolares. Bernstein (1971) coloca, para sintetizar a hipótese subjacente às formulações teóricas da Nova Sociologia da Educação: “o modo como uma sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia o conhecimento educativo, na consideração que é pública, reflete tanto a distribuição do poder e os princípios de controle social, quanto a maneira pela qual aí se encontra assegurado o controle social dos comportamentos individuais” (p. 47, tradução nossa) .

As ideias emergentes na década de 1970 influenciaram amplamente os estudos no campo do currículo nos anos seguintes, os quais buscavam, em grande parte, a compreensão do currículo como espaço de poder. Na primeira metade da década de 1990, a ideia “de que o currículo só pode ser compreendido quando contextualizado política, econômica e socialmente era visivelmente hegemônica” (LOPES; MACEDO, 2005, p.15). Os autores das teorias críticas analisavam as relações entre conhecimento e poder para vincular currículo e estrutura social, currículo e cultura, currículo e poder, currículo e ideologia, assim como currículo e controle social, na possibilidade de o controle ser direcionado para a emancipação social e política na medida em que fosse possível a democratização do conhecimento.

No pensamento curricular brasileiro, os autores ligados à teoria educacional crítica adotaram os pressupostos presentes no modelo de poder subjacente ao currículo e controle social, em contestação às teorias tradicionais de currículo. Dentre os autores que produziram teorizações curriculares no campo do Currículo<sup>14</sup> ou da Educação em geral, estão Paulo Freire com a Educação Popular, Demerval Saviani com a Pedagogia Histórico-Crítica, além de Tomaz Tadeu da Silva e Antônio Flávio Barbosa Moreira, para o qual o

Currículo constitui significativo instrumento utilizado por diferentes sociedades, tanto para desenvolver os processos de conservação, transformação e renovação dos conhecimentos historicamente acumulados, como para socializar as crianças e os jovens, segundo valores tidos como desejáveis. (MOREIRA, 1997, p. 11)

O sistema pedagógico que ainda prevalece nas sociedades capitalistas foi criado na Grécia antiga e se caracteriza pelo controle de poder exterior que distribui o conhecimento para as crianças separadas em diferentes níveis de aprendizagem, aqui se configura a divisão social do saber, que produz a divisão social do trabalho e da sociedade, processo que se intensifica com o advento do capitalismo (JAEHN, 2011). Para a teoria curricular crítica, em contraponto

---

<sup>14</sup>Segundo Antônio Flávio Barbosa Moreira (1998), os estudos de currículo se referem ao conteúdo da escolarização, com discussões centralizadas em torno dos problemas de seleção e de organização do conhecimento escolar.

a esta apresentação da realidade, a Educação não deve ser pautada na divisão social do saber, mas na democratização do saber para os setores populares da sociedade, pois é fundamental para a conscientização política e o acesso aos conhecimentos historicamente produzidos, para a emancipação humana. Nessa vertente, a teoria curricular crítica elaborou novo construto para o controle social, em perspectiva favorável à produção de justiça social pela socialização do saber e aprendizagem crítica (JAEHN, 2011).

A teoria curricular crítica nos alerta para o fato de que ainda persistem as influências exercidas pelos primeiros membros mais importantes da área do pensamento curricular estadunidense – Franklin Bobbitt, W. W. Charters, Edward Thorndike, Ross Finney, Charles Peters e David Snedden – que, ao delimitarem o papel social básico que o currículo escolar deveria desempenhar, estavam preocupados com a industrialização e sua concomitante divisão do trabalho e, dessa forma, definiram que relação deveria existir entre a construção do currículo e o controle e o poder da comunidade (APPLE, 2006). Estes autores consideravam o currículo escolar como possibilidade de se criar consenso de valores que representassem a meta das políticas econômicas e sociais. Portanto, a sua elaboração deveria ser capaz de promover a conformidade cultural com os padrões estadunidenses, currículos diferenciados preparariam indivíduos com inteligências consideradas diferentes e pertencentes a diferentes etnicidades, classes sociais e sexo, centrados na racionalidade técnica da máxima eficiência, tal como acontecia nas linhas de montagem da indústria, a partir das ideias de Franklin Bobbitt com enfoque administrativo-científico (APPLE, 2006).

Estudos e teorias de autores vinculados à teoria crítica, como aqueles ligados à Escola de Frankfurt, principalmente Theodor Adorno, Jürgen Habermas, Henry Giroux, Peter McLaren, apontam que, ao vincular os interesses positivistas de poder, a construção do conhecimento se deu a partir de princípios instrumentais que visavam racionalizar, sistematizar e controlar a escola (JAEHN, 2011). Apple (2006) nos assegura que o controle social e econômico ocorre nas escolas não somente sob a conformação das disciplinas e dos comportamentos que elas ensinam, mas, sobretudo, por meio de significados que a escola distribui sob a forma de “*corpus* formal do conhecimento escolar” (p. 103), que preserva e distribui o conhecimento considerado legítimo e que todos devem ter. Isso confere legitimidade cultural ao conhecimento de determinados grupos, o que não pode ser considerado um fato isolado, pois está relacionado ao poder que esse grupo exerce em arena política e econômica mais ampla.

O currículo revela aspectos vinculados a relações de poder o que configura o contexto educacional como espaço fundamentalmente político (FREIRE, 2003). Daí a preocupação ética



de Freire e seu compromisso com os “condenados da Terra” – ao utilizar a definição de Fanon (1979) – na Pedagogia do oprimido e com os excluídos na Pedagogia da autonomia. Ou, ainda, conforme argumenta Apple (2013a), “o currículo nunca é apenas um conjunto neutro de conhecimentos. [...] é produto de tensões, conflitos e concessões culturais, políticas e econômicas que organizam e desorganizam um povo” (p.71). É sempre parte de tradição seletiva<sup>15</sup>, resultado da seleção de alguém, da visão de algum grupo acerca do que seja conhecimento escolar apropriado, por ser legítimo, e deve ser ensinado:

Aquilo que, no interior dos termos de uma cultura dominante e efetiva, é sempre transmitido como “a tradição”, o “passado importante”. Mas o principal é sempre a seleção, o modo pelo qual, de um vasto campo de possibilidades do passado e do presente, certos significados e práticas são enfatizados e outros negligenciados e excluídos. Ainda mais importante, alguns desses significados e práticas são reinterpretados, diluídos, ou colocados em formas que apoiam ou ao menos não contradizem outros elementos intrínsecos à cultura dominante e efetiva (WILLIAMS, 2005, p.217).

Goodson (1995) assegura ser a elaboração do currículo escrito, um processo pelo qual se inventa tradição. Neste sentido, Hobsbawm e Ranger (2015) entendem por “tradição inventada”:

Conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácitas ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente, uma continuidade em relação ao passado. Aliás, sempre que possível, tenta-se estabelecer continuidade com um passado histórico apropriado. (HOBSBAWM; RANGER, 2015, p. 8)

Mas, também, o currículo é possibilidade de o discente, como pessoa existente e, sobretudo, interessada, dar sentido ao mundo em que de fato vive (YOUNG; WHITTY, 1977). Nessa perspectiva, duas ideias de currículo são postas: o currículo como fato, considerado como realidade social, historicamente específica e que expressa relações particulares de produção entre pessoas, e o currículo como prática, como atividade em sala de aula, que prevê intervenções e ações subjetivas de docentes e discentes (YOUNG; WHITTY, 1977). Goodson (1995) postula ser o currículo ativo, componente central para se trabalhar todo conceito progressivo de currículo, sem, obviamente, desconsiderar as importantes implicações do currículo como fato – currículo escrito – que deve nos mover em batalha crítica sobre definição e construção de currículo. Este apelo leva à compreensão de que enfatizar a prática não implica

---

<sup>15</sup>Na cultura da tradição seletiva é o processo que, numa cultura dominante, é sempre passado como tradição, o passado significativo. O que sobrevive não é determinado por seu próprio tempo, mas pelos tempos posteriores, que gradativamente compõem uma tradição: “Teoricamente, um período se documenta; na prática, esse documento é absorvido em uma tradição seletiva, e ambos são diferentes da cultura vivida”. (WILLIAMS, 2003, p. 59)

desvalorizar a teoria, mas considerar que a conformidade abstrata, a demonstração teórica desvinculada da realidade social e da verificação da atividade prática, não possui valor algum (LEFEBVRE, 1979; SACRISTÁN, 2000).

Precisamos abandonar o enfoque de currículo apenas como prescrição, pois as categorias pelas quais entendemos e construímos, atualmente, o currículo educacional, são resultados de lento processo de construção social, no qual estiveram presentes conflitos, consensos, negociações, acordos, rupturas e ambiguidades (GOODSON, 1995; SACRISTÁN, 2000). Conforme afirma Goodson (1995), “uma vez que a prescrição continua, precisamos entender a construção social dos currículos nos níveis de prescrição/pré-ativo e do processo prático/interativo” (p. 72). A prática é socialmente construída em nível pré-ativo e também em nível interativo, em associação de ambos os níveis:

As perspectivas construcionistas sociais buscam um enfoque reintegrado para os estudos sobre currículo, distanciando-se de um enfoque único, seja na prática idealizada, seja na prática concreta, para o desenvolvimento de dados sobre construção social, tanto em nível pré-ativo como em nível interativo. [...], portanto, o trabalho em relação à história da construção social do currículo é pré-requisito essencial para o estudo da reconceitualização do currículo [...] O teórico e o prático, ou a estrutura e a ação, podem ser de novo conectadas em nossa visão sobre conhecimento de currículo. Se isso acontecesse, poderíamos nos livrar da constante ‘fuga para a teoria’, que, para contrabalançar, é acompanhada da ‘fuga para a prática’ (e, ocasionalmente, da ‘fuga para o pessoal’). O nosso conhecimento, com isso, estaria abrangendo, de forma integrada, a complexidade de níveis de análise que reflete a realidade do currículo. (GOODSON, 1995, p. 76-77)

Para analisar o contexto educacional e curricular, faz-se necessário compreender a evolução do pensamento pedagógico e a influência deste na ação docente. Não se pode negar que o currículo é fruto do seu tempo. Entretanto, há que se considerar necessária substituição da visão reducionista deste e da escola, para a compreensão do contexto da subjetividade, já que seu manejo depende também de crenças, valores, significações, acordos e demais interesses dos sujeitos envolvidos no processo. “O que está prescrito não é necessariamente o que é apreendido, e o que se planeja não é necessariamente o que acontece” (GOODSON, 1995, p. 78). Para Tadeu da Silva:

O currículo é um dos locais privilegiados onde se entrecruzam saber e poder, representação e domínio, discurso e regulação. É também no currículo que se condensam relações de poder que são cruciais para o processo de formação de subjetividades sociais. Em suma, currículo, poder e identidades sociais estão mutuamente implicados. O currículo corporifica relações sociais. (TADEU DA SILVA, 1996, p. 23).

As teorizações de currículo constituem parte do terreno ou da estrutura dentro da qual as relações de poder são construídas e objetivadas em relação ao conhecimento. Lopes e

Macedo (2007) asseguram que as discussões curriculares, no âmbito do campo científico, integram o campo intelectual que é constituído de diferentes atores sociais, detentores de capital social e cultural que legitimam determinadas concepções sobre a teoria de currículo e disputam entre si o poder de definir quem tem a autoridade na área. Essas concepções são construídas por meio dos discursos científicos e pedagógicos que são contextualizados nos diversos espaços da escolarização. A questão da legitimidade é assim definida:

A elaboração do currículo deve garantir que a estrutura do processo social encubra as relações de poder a ele subjacentes, ou pelo menos se evite que haja nelas interferência. [...] esse encobrimento não é tão fácil e necessita de sistema sofisticado capaz de dar-lhe legitimidade. [...] o processo de legitimação não deverá afetar o equilíbrio de poder subjacente, mas terá de ser neutralizado em outras áreas. Os problemas, que por ventura apresentarem, deverão parecer estarem relacionados, por exemplo, à estrutura do conhecimento ou ao método de ensino. (HAFT; HOPMANN, 1990, p. 160, tradução nossa)

Quanto à contextualização do discurso, o referido conceito encontra amparo na teoria do dispositivo pedagógico de Basil Bernstein (2001), para o qual este fornece “a gramática intrínseca do discurso pedagógico” (p. 185), mediante regras distributivas, regras de contextualização e regras de avaliação, que estão hierarquicamente relacionadas. A natureza das regras distributivas regula a natureza das regras de contextualização e esta, por sua vez regula a natureza das regras de avaliação. As regras distributivas regulam a relação fundamental entre poder, grupos sociais, formas de consciência e prática e suas reproduções e produções. As regras de contextualização regulam a constituição do discurso pedagógico específico e as regras de avaliação estão constituídas na prática pedagógica.

Esta teoria foi elaborada como um modelo para analisar o processo pelo qual uma disciplina ou um grupo específico de conhecimento é transformado ou ‘pedagogizado’ para construir o conhecimento escolar, o currículo, conteúdos e relações a serem transmitidas”. (MAINARDES; STREMEL, 2010, p. 11)

Nessa perspectiva, os três principais campos do dispositivo pedagógico: produção, contextualização e reprodução coexistem em relação de dependência hierarquizada, de forma que a contextualização do conhecimento – realizada no âmbito do Estado, por autoridades educacionais, periódicos especializados, etc. –, depende da sua produção – realizada principalmente nas IES e organizações privadas de pesquisa, – e a reprodução – realizada nas instituições educacionais em geral – depende da sua contextualização. Bernstein não nega que a Educação é transmissora das relações de poder externas ao ambiente escolar. Os valores, ritos, códigos de conduta que acontecem nas escolas se inclinam a favor do grupo dominante, mas, ao mesmo tempo, se produz contradição, a cultura, a prática e a consciência do grupo dominado

são contextualizadas, muitas vezes, de formas diversas às intenções inicialmente propostas (BERNSTEIN, 2001).

Bernstein (2001) postula que a contextualização envolve dois campos recontextualizadores que podem contribuir para compreensão de como as políticas são recebidas de outros contextos e recontextualizadas: o campo recontextualizador pedagógico oficial, que engloba departamentos especializados e agências subalternas do Estado e das administrações educacionais locais; e o campo recontextualizador pedagógico, constituído por universidade, departamentos politécnicos de Educação, publicações especializadas sobre Educação, fundações privadas, enfim podem estender a campos não especializados no discurso educativo e suas práticas, mas capazes de exercer influências no âmbito da Educação.

Quando os agentes recontextualizadores que operam em determinadas posições desse campo se apropriam de um texto, este pode sofrer modificações antes de sua implantação. Esta transformação está regulada no princípio de recontextualização,

[...] processo que assegura que o texto deixará de ser o que foi: 1) o texto muda sua posição em relação a outros textos, práticas e situações; 2) o texto se modifica por seleção, simplificação, condensação e elaboração; 3) o texto permanece recolocado e reenforcado”. (BERNSTEIN, 2001, p. 197)

Para Mainardes (2007), o campo recontextualizador tem como função criar autonomia para a Educação. Se o campo recontextualizador pedagógico pode gerar um efeito sobre o discurso pedagógico, independentemente do campo recontextualizador pedagógico oficial, fica patente que ambos terão alguma autonomia e haverá disputa para um deles desenvolver influências na configuração do discurso pedagógico. Ao estudar política de ciclos, o autor conclui que há enfraquecimento da autonomia do campo recontextualizador pedagógico quando uma determinada política se torna discurso dominante.

Também para Moreira (1994), o currículo não é veículo de algo a ser transmitido e passivamente absorvido, mas o terreno em que ativamente se criará e produzirá cultura. Não necessariamente a cultura oficial intencionada, mas em contexto cultural de significação ativa dos materiais recebidos pelos sujeitos, em entendimento de que a cultura e o cultural

[...] não estão tanto naquilo que se transmite quanto naquilo que se faz com o que se transmite. [...] O currículo é, assim, terreno de produção e de política cultural, no qual uma vez que os materiais existentes funcionam como matéria-prima de criação, recriação e, sobretudo, de contestação e transgressão. (MOREIRA; TADEU DA SILVA, 2013, p. 35-36)

Há que se considerar que os processos informais e relacionais interferem para diferentes formas de interpretação daquilo que é legislado, portanto, o que é ensinado nas escolas vai bem

além das deliberações conscientes e formais a respeito daquilo que deve ser ensinado (TADEU DA SILVA, 1995).

O currículo deve ser compreendido em campo permeado de ideologia, cultura e relações de poder. Por ideologia, segundo Moreira e Tadeu da Silva (2013) pode-se afirmar que esta é a veiculação de ideias “que transmitem uma visão do mundo social vinculada aos interesses dos grupos situados em posição de vantagem na organização social” (p. 31). É um dos modos pelos quais a linguagem, na qual o conhecimento se expressa, produz o mundo social e, por isso, o aspecto ideológico deve ser valorizado nas discussões sobre currículo, pois as diferentes formas de interpretações em relação àquelas originalmente intencionadas, as possíveis resistências e lutas efetivas por parte daqueles aos quais é dirigida e seus resultados serão também frequentemente contraditórios (APPLE, 2013b; MOREIRA; TADEU DA SILVA, 2013).

Apple (2013b) em assunção à natureza ideológica e política do debate educacional pergunta: “o conhecimento de quem vale mais?” (p. 50), já que o currículo e as questões educacionais mais genéricas sempre estiveram vinculados de maneiras significativas à reprodução das relações sociais vigentes, observadas na história dos conflitos de classe, raça, sexo e religião, tanto nos Estados Unidos da América (EUA) quanto em outros países. Para Apple (2006, p. 27), essa “cultura comum”, na qual todos os alunos recebem os valores de determinado grupo, que, em geral, são os valores do grupo dominante, não significa cultura comum a todos, pois esta jamais poderia ser subjugada pelos valores e crenças de uma minoria, já que imprescinde da participação, em processo livre, contributivo e comum.

Conforme Tadeu da Silva (1995), o currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos. Em contraponto a essa preponderância na transmissão do conhecimento de alguns grupos em detrimento do conhecimento de outros, o processo educacional deve proporcionar a participação coletiva no questionamento e reformulação de conceitos e valores experimentados na vida cotidiana, pois:

As escolas são formas sociais que ampliam as capacidades humanas, a fim de habilitar as pessoas a intervir na formação de suas próprias subjetividades e a serem capazes de exercer poder com vistas a transformar as condições ideológicas e materiais de dominação em práticas que promovam o fortalecimento do poder social e demonstrem as possibilidades da democracia (GIROUX; SIMON, 2013, p. 109).

A Educação caracteriza-se por ser tarefa complexa,

[...] na qual está em causa a construção do Homem e da Sociedade, *a priori*, falar em Educação é falar em mudança, conservação, socialização, ação, formação, ensino, aprendizagem, saber, progresso, desenvolvimento, cultura. (ESTRÊLA, 2015, p. 23).

A preocupação pelos métodos e pelo processo de aprendizagem conduziu ao esquecimento do conteúdo culturalizador da Educação (SACRISTÁN, 2000). Na intenção de tratar articuladamente currículo e ensino e incluir preocupações emancipatórias que abarcam, da mesma forma, as atividades em que alunos e professores se engajam, como a política cultural subjacente a tais atividades, Giroux e Simon (2013) apelam pela compreensão de cultura popular<sup>16</sup>. Esta, além de representar contraditório terreno de luta, é também importante espaço pedagógico em que surgem questões relevantes para a organização da base de subjetividade e de experiência do aluno, “é precisamente quando pedagogia e cultura popular se relacionam que surge a importante compreensão do significado de tornar o pedagógico mais político e o político mais pedagógico. [...] propor uma pedagogia é formular uma visão política.” (p. 111 - 113).

A cultura se relaciona à presença ou ausência de poder nos grupos sociais; os grupos que controlam as instituições culturais, como a escola, tem o poder ampliado sobre os demais grupos (APPLE, 2006). As formas de expressão popular necessitam conquistar permissão para se incorporarem à cultura dominante, desta forma, a cultura popular nunca estará livre de ideologias (GIROUX; SIMON, 2013). O que nos deve condicionar à lembrança de que sempre haverá um projeto moral associado a determinadas práticas culturais e, assim, avaliar suas relações com nossos compromissos enquanto educadores e cidadãos.

Goodson (2008a) argumenta que há forte influência de nossa biografia pessoal nas nossas escolhas, “devemos entender o pessoal e o biográfico se quisermos entender o social e o político” (p. 17). A nova ordem mundial fundada na sociedade individualizada transferiu o *locus* da contestação social para a política da vida individual e alterou o foco de análise, que antes estava voltado para os movimentos sociais coletivos, a exemplo das mudanças na escolarização ou no currículo; atualmente, a estratégia principal para o entendimento da mudança social deve ter como foco a política da vida dos indivíduos (GOODSON, 2008a).

Na percepção de Apple (2006) “as raízes de nosso sentido de comunidade estão secando e morrendo” (p. 43) e, ao questionar “para onde vai o currículo?” (APPLE, 2006, p. 216) sugere

---

<sup>16</sup> Giroux e Simon (2013) consideram cultura popular como aquele terreno de imagens, formas de conhecimento e investimentos afetivos que definem as bases para se dar oportunidade à “voz” de cada um, dentro de uma experiência pedagógica.

que estudiosos, pesquisadores e educadores observem outras maneiras de ação e reflexão a partir de tradições críticas. Repensem as posições ideológicas latentes de seu trabalho e se afastem das tradições de desempenho e socialização, presentes no modelo sistêmico de gestão, movimentem-se em direção a estrutura política e ética, assumam a defesa sobre frentes fundamentais, na Educação e fora dela, como direitos estudantis, dos professores e grupos oprimidos. Da mesma forma, as instituições sociais, econômicas, políticas e culturais devem tornar suas responsabilidades o mais participativas, coletivas e comprometidas possíveis.

## 1.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO E ANALÍTICO

### 1.4.1 Abordagem do Ciclo de Políticas (*Policy Cycle Approach*)

Tem-se observado grande distanciamento entre as intenções políticas de reformas para melhorar a qualidade da Educação e sua implementação no âmbito das escolas e das salas de aula (MAINARDES, 2007). A partir do entendimento da política educacional imbuída de natureza complexa e controversa, o sociólogo inglês Stephen Ball e colaboradores elaboraram a abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*) como referencial analítico para o estudo de políticas educacionais e possível compreensão dos percursos relacionados com este processo, desde sua formulação inicial até sua implementação no contexto da prática dos serviços. São ainda características desta abordagem a valorização dos processos micropolíticos e a ação dos profissionais que manejam as políticas no nível local em que são implantadas, e aponta para a necessária articulação entre os processos macro e micro na análise de políticas educacionais.

Em assunção à negativa da racionalidade do processo de gestão, Ball e Bowe (1992) propuseram a caracterização do arranjo político por meio da noção de ciclo contínuo constituído por três contextos inter-relacionados, sem escala temporal, sequencial ou etapas lineares: a política proposta, a política de fato, e a política em uso. Neste arranjo, apresentam-se individualmente arenas, lugares e grupos de interesse que envolvem disputas e embates sobre a política: o **contexto de influência**, o **contexto de produção do texto** e o **contexto da prática** (BOWE; BALL; GOLD, 1992). Posteriormente, Ball (1994) propôs a expansão do ciclo de políticas, acrescentou o **contexto dos resultados** (efeitos) e o **contexto da estratégia política**.

O **contexto de influência** representa o momento no qual a política pública é iniciada e os discursos políticos construídos. Neste campo de articulação de influências, atuam grupos

ligados aos partidos políticos, governo e processo legislativo, há disputas ideológicas para influir na determinação das finalidades sociais da Educação e os conceitos adquirem legitimidade para formatar o discurso e fundar a política. São também evidenciadas interposições internacionais e globais no processo de formação das políticas educativas nacionais, por meio do fluxo de ideias advindas das redes políticas e sociais e das agências multilaterais (BM, OCDE, UNESCO e FMI) (MAINARDES, 2006; 2007). Nas palavras de Teodoro (1999):

[...] o sistema mundial moderno não é uma realidade social estática, ocorrendo, no decurso do seu desenvolvimento histórico, uma dinâmica e contraditória luta dos Estados-nações e das regiões pela sua inserção em posições mais favoráveis aos desígnios dos seus grupos sociais dominantes. (TEODORO, 1999, p. 474)

A política como discurso possui “efeito de distribuir ‘vozes’” (MAINARDES, 2006, p. 54). Com base em Foucault, Ball (1994) explica que as políticas podem tornar-se “regime de verdade”. É preciso compreender de que forma a política “exercita o poder por meio da produção da ‘verdade’ e do ‘conhecimento’ como discursos” (p. 21). Para Foucault, existe um determinado “regime de verdade”, presente em todas as sociedades: discursos que funcionam como verdade, regras de enunciação da verdade, técnicas de obtenção da verdade, definição de estatuto próprio daqueles que geram e definem a verdade. Há, portanto ligação sistêmica entre verdade e poder: poder que produz verdade e a sustenta, verdade que produz efeitos de poder (FOUCAULT, 2007). Ademais, verdade é o

[...] conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder [...] conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. (FOUCAULT, 2007, p. 13-14)

Segundo Foucault, cada sociedade escolhe seu próprio “regime de verdade” e elege um tipo de discurso como verdadeiro (FOUCAULT, 2007). Esse regime possui várias especificidades: a verdade está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; está permeada por interesses políticos e econômicos; é difundida pelas instâncias educativas e pela comunicação de massa; é produzida e transmitida sob o controle dominante de aparelhos políticos e econômicos; é lugar de enfrentamento social e de debate político, sob a forma de lutas ideológicas (REVEL, 2005).

No **contexto de produção do texto**, os textos políticos representam a política pensada, estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral e podem tomar formas variadas (textos legais, textos políticos, comentários formais e informais sobre os textos, pronunciamentos oficiais, etc.). Estes textos são os resultados de disputas e acordos devido à



tentativa de controle das representações da política pelos vários grupos e, inerente a isto, podem apresentar contradições (BOWE; BALL; GOLD, 1992). Desse modo, políticas são intervenções textuais com limitações materiais e possibilidades que trazem consequências reais e serão vivenciadas no **contexto da prática** (MAINARDES, 2006).

Esse contexto corresponde àquele em que a política é implantada e executada, sujeita a interpretações e recriações que produzem efeitos e consequências possíveis de representar mudanças e transformações significativas na proposta política original. Os professores e outros profissionais, que atuam no **contexto da prática**, desempenham papéis ativos neste processo de interpretação e recriação das políticas educativas, a partir de suas relações sociais e do entendimento de sua atuação, o que tem implicações no processo de implantação dessas mesmas políticas. Os autores dos textos políticos não podem controlar os significados de seus textos, pois sua interpretação é, além de tudo, questão de disputa (BOWE; BALL; GOLD, 1992).

Quanto ao **contexto dos resultados da política**, este ocupa-se com questões de justiça, igualdade e liberdade individual, analisam-se as políticas a partir de suas interações com desigualdades existentes e subjaz a ideia de que as políticas possuem efeitos (gerais – quando aspectos específicos da mudança e conjuntos de respostas, observadas na prática, são agrupados e analisados –, e específicos – tomados de modo isolado) e não simplesmente resultados. No que seria necessário a identificação de conjunto de atividades sociais e políticas para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada, para tanto, se prontifica o **contexto de estratégia política**.

Nesta pesquisa submeto o Pró/PET-Saúde à análise segundo os três contextos apresentados por Ball e colaboradores: o **contexto de influência**, o **contexto de produção do texto** e o **contexto da prática**, por considerar que o objetivo central da investigação se prende à formação dos enfermeiros para atender às demandas do SUS e o Pró-Saúde como estratégia de mudança, não se atendo sobre os resultados ou efeitos desta política e mesmo sobre as estratégias tomadas para superar as desigualdades criadas.

## 1.5 PROBLEMAS E OBJETIVOS DO ESTUDO

Em tempo histórico relativamente curto, a Educação, de obscuro domínio da política doméstica, transformou-se em preocupação central nos debates políticos, a nível nacional e internacional (BALL, 2008; TEODORO, 2013). As expectativas e os diferentes desafios colocados à formação do profissional da área da Saúde, parecem estar postos em necessário caminho de confluência entre teoria – que representa as aspirações técnicas e políticas em torno daquilo que deve ser ensinado –, e a prática da sala de aula, que se evidencia nas ações dos professores e suas interações com alunos, gestores, demais professores e comunidade. Momento em que os modelos curriculares continuam divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia, desprovidos de consonância com as reais necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde, são trazidos para o debate crítico sobre a organização setorial e suas relações com a realidade social e epidemiológica da população.

A substituição do currículo mínimo pelas DCN conferiu às IES autonomia e possibilita a elaboração de currículos inovadores, adequados às suas respectivas vocações e às realidades locais, permite maior articulação e estabelecimento de compromisso com a justiça social e as reais necessidades da sociedade. Etapa importante para se concretizar a relevância social da ação acadêmica, o que, em especial para a formação profissional na área da Saúde, ratifica a necessidade de as IES direcionarem seus esforços para formar de acordo com as políticas do SUS.

Em relação à formação profissional dos enfermeiros, o formalismo legal e o engajamento da categoria em proposituras inovadoras não foram suficientes para influenciar significativas mudanças nas intenções políticas das IES em direção à possível vocação de formar para o SUS. Persistem nas estruturas de suas matrizes curriculares, fortes binarismos entre teoria e prática, conhecimento e atitude, ética e moral, especialista e generalista, necessidades da comunidade e interesses da academia, formação que privilegia preparar o profissional para o mercado de trabalho especializado e competitivo.

Neste contexto de necessárias mudanças, os Programas Pró/PET-Saúde apresentam-se como possíveis estratégias políticas de formação profissional dos enfermeiros consubstanciada nos princípios do SUS e nas DCN/ENF. Perspectiva esta que conduz ao seguinte problema de pesquisa: **Em que medida as estratégias previstas no Pró/PET-Saúde contribuíram para a mudança na formação profissional dos enfermeiros correspondente às demandas do SUS?**

A abordagem do ciclo de políticas oferece potencial considerável para a análise destas políticas de reorientação para a formação do profissional enfermeiro, pois as pesquisas desenvolvidas por Ball e colaboradores inserem-se em concepção de pesquisa crítica sobre políticas educacionais comprometidas com a justiça social (MAINARDES, 2007), nas quais “o processo político é multifacetado e dialético, necessitando articular as perspectivas macro e micro” (MAINARDES, 2006, p. 55). Segundo Goodson (1995):

A identidade de indivíduos e subgrupos que atuam dentro de grupos de interesse curricular possibilita algum exame e alguma avaliação em torno de projetos e motivações. Com isso, teorias sociológicas que atribuem poder sobre o currículo aos grupos de interesse dominantes podem ser analisadas em relação ao seu potencial empírico. Concentrar a atenção no micronível de grupos ligados a alguma matéria de alguma escola não é negar a importância fundamental das mudanças econômicas de macronível ou das mudanças de ideias intelectuais, dos valores dominantes ou dos sistemas educacionais. Todavia, sustenta-se que essas mudanças de macronível podem ser reinterpretadas efetivamente no micronível. (GOODSON, 1995, p. 76)

Desta feita, elaborei problemas de pesquisa ampliados, relacionados com os três primeiros contextos da abordagem do ciclo de políticas propostos por Ball e Bowe (1992):

**a – Contexto de influência:**

1. Quais políticas influenciaram a emergência do Pró/PET-Saúde e onde os discursos dessas políticas foram construídos?

**b- Contexto de produção do texto**

1. Qual o formato que os textos e as políticas tomaram no decorrer do tempo?

**c- Contexto da prática**

1. Como se implantou no Curso de Graduação em Enfermagem, o Pró/PET- Saúde e a consequente organização curricular para cumprimento de seus objetivos?
2. Quais os sentidos que foram construídos pelos sujeitos envolvidos nos Programas, para os discursos da integralidade e contextualização enquanto elementos da prática dos enfermeiros da IES?
3. Nos cenários de prática, os envolvidos no projeto tiveram autonomia para discutir e expressar dificuldades, opiniões, insatisfações, dúvidas e utilizaram o espaço para convivências democráticas e emancipatórias em detrimento da reprodução ou criação de desigualdades?

4. Os discursos tradicionais possibilitados pela racionalidade científica moderna e pelo modelo biomédico de fragmentação do homem, foram substituídos nos cenários de prática da IES, por abordagem integral e resolutive do processo saúde-doença?
5. O Curso de Graduação em Enfermagem da IES utilizou a inserção das necessidades dos serviços de saúde como fonte de produção de conhecimento e pesquisa?
6. O **contexto da prática** exerceu influências no **contexto de produção do texto** e no **contexto de influência**?

“O desenvolvimento epistemológico nas ciências humanas, como a Educação, funciona politicamente e é intimamente imbricado no gerenciamento prático dos problemas sociais e políticos” (BALL, 2006, p. 18) e, a partir deste entendimento de Ball, analiso a construção das políticas curriculares inerentes ao Pró/PET-Saúde para a formação profissional dos enfermeiros, em conformidade com as demandas do SUS. Nessa perspectiva, imprescindível considerar os diferentes contextos que para elas concorreram, o que foi possível por meio da inter-relação desta análise com o referencial teórico da recontextualização de Basil Bernstein (2001), que busca na recontextualização de cada local e na ação dos sujeitos a reinterpretação de determinada política.

## OBJETIVOS

### GERAL

Analisar como se estabeleceu a implantação do Pró/PET-Saúde na IES, a partir de considerações das influências e tendências presentes na política investigada rumo às adequações na formação dos enfermeiros para o SUS.

### ESPECÍFICOS

#### **a – Contexto de influência:**

- Identificar as políticas que influenciaram a emergência do Pró/PET-Saúde e onde os discursos dessas políticas foram construídos.

#### **b- Contexto de produção do texto**

1. Identificar a linguagem do (s) texto (s) da política, presença de inconsistências, contradições e ambiguidades; assim como os referenciais curriculares adotados nos

documentos sob análise: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, elaborado em parceria entre MS e MEC.

### c- Contexto da prática

- Descrever como se implantou no Curso de Graduação em Enfermagem, o Pró/PET-Saúde e a consequente organização curricular para cumprimento de seus objetivos;
- Descrever os sentidos que foram construídos pelos sujeitos envolvidos nos projetos, para os discursos da integralidade e contextualização enquanto elementos da prática dos enfermeiros;
- Especificar o grau de autonomia dos envolvidos nos cenários de prática, para discutir e expressar dificuldades, opiniões, insatisfações, dúvidas e a capacidade de utilizar o espaço para vivências democráticas e emancipatórias em detrimento da reprodução ou criação de desigualdades;
- Verificar se os discursos tradicionais possibilitados pela racionalidade científica moderna e pelo modelo biomédico de fragmentação do homem, foram substituídos nos cenários de prática da IES, por abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença;
- Identificar se o Curso de Graduação em Enfermagem da IES utilizou a inserção nas necessidades dos serviços de saúde como fonte de produção de conhecimento e pesquisa;
- Verificar as influências exercidas pelo **contexto da prática** no **contexto de produção do texto** e como as informações foram levadas aos produtores do texto da política e do **contexto de influência**.

## 1.6 HIPÓTESE

O termo hipótese possui diversas definições, utilizei aqui aquela empregada por Goode e Hatt (1975) “É uma proposição que pode ser colocada à prova para determinar sua validade. Pode parecer contrária, ou de acordo com o senso comum. Pode ser correta ou errada. Em qualquer caso, porém, conduz a uma verificação empírica” (p. 75). Neste sentido, a hipótese

elaborada, foi pretensa resposta antecipada aos problemas investigados e está relacionada com determinadas características relativas aos Programas Pró/PET-Saúde para influenciar a formulação dos PPP de Curso de Graduação em Enfermagem em determinada IES, na direção do processo de mudança na formação dos enfermeiros.

Na direção de novas formas de conhecimento, segundo Goodson (2008a), há tendência global na formação dos professores que induz Educação baseada no trabalho de campo e manejo de experiências práticas na própria função, processo que visa a concentrar o conhecimento do local unicamente em habilidades técnicas e reduz o acesso, do professor, à compreensão mais ampla dos sistemas e organizações escolares. O autor aponta como paradoxo o fato de que são os pensadores considerados como progressistas que defendem esse conhecimento prático. Então, há que se considerar, se pretendemos atuar em favor de alguma mudança, e, em favor de qual mudança pretendemos atuar. Como bem lembrado por Apple (2006) “as revoluções podem andar para trás” (p. 12), em direção ao passado de controle cultural que marginalizou as vidas, os sonhos e as experiências das pessoas, a exemplo do que acontece na Educação e em outras instituições econômicas, políticas e culturais. “Vivemos uma época perigosa e precisamos enfrentar esses perigos, caso não queiramos reproduzir as histórias e tendências ideológicas” (APPLE 2006, p. 12).

Desta forma, formulei a seguinte hipótese de pesquisa:

- Os **contextos de influência e de produção do texto** interferiram, no **contexto da prática**, na construção do PPP do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES a partir dos objetivos propostos nos escopos do Pró-Saúde em conformidade com as demandas do SUS; por meio de mudanças dos objetivos curriculares utilitaristas para objetivos de cunho mais acadêmicos, associados à pesquisa, extensão e construídos coletivamente por gestores, professores, alunos e comunidade.

## 1.7 MÉTODO DA PESQUISA

A pesquisa no campo das políticas educacionais, decorre diretamente da problemática e das hipóteses formuladas e deve ser construída no vaivém constante entre a escolha, a análise dos dados, o debate e a sua apresentação escrita, de forma a potencializar esse processo de descoberta e diálogo (TEODORO, 2013).

Este estudo consiste em pesquisa de natureza qualitativa, pois se ocupa da função interpretativa da ação social, ou seja, considera a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores (MINAYO, et al., 2005), possui caráter exploratório acerca da implantação e execução dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde, em IES pública do município de São Paulo/SP. A relevância do método qualitativo está em compreender valores, a cultura e as percepções do grupo pesquisado, abranger as relações processadas no âmbito dos grupos sociais e instituições, propiciar a construção de novas abordagens, a revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação científica (MINAYO, 2004; SILVA; CAMILLO, 2007). O desenho desta abordagem qualitativa seguiu o caminho que articula hermenêutica e dialética, considerado o mais proveitoso para produzir resultado compreensivo e crítico (MINAYO et al., 2005), já que o foco é a contraposição e contradição de ideias, que levam a outras ideias na busca de elementos conflitantes entre dois ou mais fatos para explicar nova situação decorrente desse conflito.

Com base no conceito de recontextualização, Ball (2001a, 2001b) ratifica que a maioria das políticas é composta por cópias de segmentos de ideias de outros locais já testados, que são reconstruídas por meio de complexos processos de influência, de produção de texto, de difusão e, em última instância, de recriação no **contexto da prática**. Essa ideia foi esquadrihada durante todo o desenvolvimento da pesquisa, na qual procurei estabelecer a existência de relação entre os propósitos políticos de governo, no momento da formulação do Pró/PET-Saúde, a produção dos textos dessas políticas e os métodos utilizados para implantá-las, considerei, também, as particularidades da IES na operacionalização de seus objetivos, e quais os efeitos disto sobre os Programas. Em analogia às palavras de Saint-Exupéry, no clássico *Cidadela*, pouco importam os objetos relacionados, primeiro de tudo, devo aprender a ler as ligações (SAINT-EXUPÉRY, 1982).

E assim, diante da complexidade em estabelecer estas ligações que viabilizaram o Pró/PET-Saúde, desde sua concepção enquanto política de mudança na formação profissional em Saúde, até a consecução de seus objetivos nos cenários de prática, foi imprescindível análises de dados produzidos por variadas fontes na perspectiva da Saúde e da Educação. Optei pela técnica de coleta de dados por meio da triangulação, pois, a investigação abre questões em torno de sua referência central e em cujos processos apresentam desenvolvimentos desiguais, consequentemente, obrigam a combinação de diferentes estratégias metodológicas (SAMAIA, 1992).

### 1.7.1 Triangulação de métodos para coleta dos dados

A pesquisa realizada com o método da triangulação torna possível obterem-se dados de várias fontes coletadas, por meio de instrumentos e técnicas de coleta e análise coerentes com a opção teórica, com a finalidade de se ampliar, ao máximo, a descrição, a explicação e a compreensão da realidade a ser observada (MINAYO et al., 2005). Triangulação não é um método de pesquisa, antes, é “uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas [...] servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares” (MINAYO et al., 2005, p.71). “A primeira condição lógica de triangulação metodológica consiste no fato de desenvolvimento desigual e combinado das disciplinas envolvidas nas dimensões do objeto investigado” (SAMAJA, 1992, p. 14).

### 1.7.2 Definição amostral para coleta dos dados

Ponderei as considerações de Minayo (2004), segundo a qual, na perspectiva de pesquisa qualitativa, a definição de amostra está calcada na busca de “aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (p. 102); considera que “o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações” e prevê a triangulação “no sentido de se multiplicar as tentativas de abordagens através de diferentes fontes” (MINAYO et al., 2005, p. 94-95).

Dentre as fontes documentais, utilizei aquelas que estiveram diretamente relacionadas com a política do Pró/PET-Saúde, no **contexto de produção do texto** da seguinte forma: DCN/ENF (BRASIL, 2001a) e Caderno Pró-Saúde (BRASIL, 2009a). Para a coleta de dados do **contexto da prática** utilizei nove entrevistas realizadas da seguinte forma: três com docentes que estiveram diretamente envolvidas com a elaboração e implantação das propostas no interior da IES (uma coordenadora do Pró-Saúde e duas tutoras dos PET-Saúde); três com ex-alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da IES e três com profissionais dos serviços (enfermeiras preceptoras dos projetos nos cenários de prática). O uso de roteiro com entrevistas semiestruturadas (perguntas fechadas e abertas) individuais, permitiu reformular a questão para adequá-la à compreensão do momento, facilitar o entendimento do entrevistado e obter informação mais adequada das respostas para cada questão (GOODE; HATT, 1975).



Além do que, as entrevistas semiestruturadas oferecem a possibilidade de o entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada (MINAYO et al., 2005). Foram utilizados quatro modelos de entrevistas, elaborados pela investigadora, a partir das especificidades das atividades exercidas pelos sujeitos de pesquisa junto ao Pró/PET-Saúde, na IES e nos serviços de saúde. Todos organizados em blocos de perguntas com objetivos afins, de modo a sistematizar as informações obtidas para posterior análise. Dessa forma, houve um instrumento para entrevista com a coordenadora do Pró/PET-Saúde (Apêndice A); um instrumento para entrevistas com as tutoras do PET-Saúde (Apêndice B); um instrumento para entrevistas com as enfermeiras dos serviços, preceptoras do PET-Saúde, que tiveram alunos de Enfermagem sob sua orientação (Apêndice C) e um instrumento para entrevistas com os ex-alunos do Curso de Graduação de Enfermagem participantes do PET-Saúde (Apêndice D).

As entrevistas foram consideradas instrumentos adequados para esta pesquisa, pois, segundo Bardin (2007), elas podem ser analisadas a partir do tema como base, ou, ainda na perspectiva de Goodson (2008a), nas entrevistas, além de conhecer o outro, pode-se chegar a processo de cooperação entre o pesquisador e o narrador. Neste sentido, houve sempre plena liberdade para as entrevistadas responderem, sem a pretensão de se seguir rigidamente os guias nas conduções das entrevistas, de modo a adaptá-los ou integrá-los a outras questões não previstas, de acordo com os discursos das entrevistadas, as quais utilizaram período de uma a duas horas para responder.

Nas entrevistas, o estabelecimento do *rapport* existe entre o entrevistador e o entrevistado, quando este aceita os objetivos da pesquisa e procura ativamente auxiliar a obtenção da informação necessária (GOODE; HATT, 1975). A partir de objetivos específicos, estabeleci as questões, informei previamente as entrevistadas e assegurei-lhes o direito de recusa de participação, de privacidade, de sigilo das informações fornecidas e do anonimato. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, após estabelecimento, em comum acordo, de agenda de horários e locais que fossem convenientes para ambas as partes. O período de realização das entrevistas foi de cinco de janeiro de 2016 a vinte de março de 2016, no interior da IES pesquisada e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a utilização de gravador de voz, transcritas, integralmente, à *posteriori*, e impressas, de modo a viabilizar a Análise do Conteúdo.

A IES estudada implantou oito projetos PET-Saúde, de setembro de 2012 a dezembro de 2014. Desses oito projetos, três estavam sob tutorias de docentes enfermeiras. Apenas foram entrevistadas tutoras enfermeiras, as três tutoras foram convidadas a participar da pesquisa e uma não deu retorno.

Todas as fontes de informações e coleta de dados (documentos e entrevistas) do **contexto de produção do texto** e **contexto da prática** foram submetidas à análise norteada pelos elementos da metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2007).

### 1.7.3 Análise dos dados

Bardin (2007) estabelece que a Análise de Conteúdo seja procedimento técnico que busca obter inferências objetivas sobre os dados de determinado texto. Compreende “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 27) com grande variedade de formas para serem aplicadas em qualquer comunicação, “qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo” (p. 28). Em função heurística, o uso desta técnica de análise pode contribuir com a pesquisa, pois aumenta “a propensão à descoberta”, o propósito de “análise de conteúdo para ‘ver o que dá’” (p. 25). Aqui, “a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] trata-se, portanto, de tratamento da informação contida nas mensagens” (p. 29), no qual as entrevistas e os documentos utilizados na comunicação de massa, constituem alguns dos domínios possíveis de aplicação.

A Análise de Conteúdo das entrevistas e dos documentos desta pesquisa norteou-se pela descrição do método elucidado por Bardin (2007), resumido nas seguintes fases:

**1) Primeira** – Tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais e proceder à organização dos documentos, por meio da escolha dos materiais que serão submetidos aos procedimentos analíticos, em função das hipóteses e objetivos traçados – “constituição de um *corpus*” (p. 90). Também, efetua-se a elaboração de índices, elementos presentes no texto, “que a análise vai fazer falar” (p. 93) e indicadores (variável de inferência), que fundamentem a interpretação final do material. Desta forma, ocorre primeira leitura para a preparação formal ou “edição dos textos” (p. 94), pela organização e transcrição das entrevistas, assim como de todo material utilizado para coleta de dados (leitura flutuante), o que permite a reformulação das hipóteses.

**2) Segunda** – Nesta fase ocorre a exploração do material organizado, que se caracteriza por procedimentos de codificação dos dados.

A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão

suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. (BARDIN, 2007, p. 97)

É a busca pela existência de “um elo entre os dados do texto e a teoria do analista” (BARDIN, 2007, p. 97). Aqui temos estabelecida a unidade de registro (UR) que corresponde à unidade de significação analisada no texto, pode estar no nível semântico (tema) ou linguístico (palavra, frase), por exemplo. Cada UR contém mensagem que expressa o modo como se apresenta a amostra e deve ser ordenada conforme o entendimento de quem as interpreta. Também se estabelece a unidade de contexto, que serve de unidade de compreensão para codificar a UR e corresponde ao segmento da mensagem (frase para a palavra e parágrafo para o tema), cujas dimensões são apropriadas para que se possa compreender a significação exata da UR.

Após a eleição das UR, “o que se conta” (p. 101) em referência ao texto, segue-se para a escolha da regra de enumeração “o modo de contagem” (p. 101), adotam-se indicadores/medidas (variável de inferência) que se apresentem apropriados, de acordo com os interesses da pesquisa (presença ou ausência, frequência simples ou ponderada, intensidade, direção, ordem e concorrência), conferem-lhes valores para produzir um sistema de categorias. Essa manipulação de mensagens explicitadas na UR investigada constitui o trabalho de inferência, de modo a atribuir-lhe um sentido.

**3) Terceira** – No contexto da Análise de Conteúdo existe um sentido a ser desvelado e relevado em um texto. Isto porque a descoberta dos seus conteúdos e estruturas de mensagens representa realidade em si, compreensível e comum para todos. Após a conclusão da etapa anterior, verifica-se que existem indicadores que permitem a elaboração de categorias:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns desses elementos. (BARDIN, 2007, p. 111)

A categorização tem como finalidade fornecer, por condensação, representação simplificada dos dados brutos que passam, desde então, a dados organizados, conforme lógica explicativa do que foi obtido. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas), onde todos os temas que significam um determinado fenômeno ficam agrupados na mesma categoria; sintático (os verbos, os adjetivos); lexical (classificação das palavras segundo o seu sentido) e expressivo (categorias que classificam as diversas expressões da linguagem). A análise categorial diz respeito ao conjunto de técnicas da Análise de Conteúdo que funciona

por operações de divisão do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. A metodologia da Análise de Conteúdo prevê diversas técnicas de análise, análise de avaliação, análise da anunciação, análise da expressão, análise das relações, análise do discurso. Porém, a técnica de análise por categorização apresenta-se eficaz na análise da modalidade temática, na condição de se aplicar a discursos diretos e, por essa razão, eleita para análise dos dados desta pesquisa.

Optei pela técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática (análise dos significados), cujo critério de categorização é semântico e significa a “contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada” (BARDIN, 2007, p. 73). A análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo escolhido” (BARDIN, 2007, p. 99). Tema é a UR para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, tendências (variáveis inferidas), e surge, no texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia auxiliar da leitura (BARDIN, 2007). Como guia de leitura utilizei a aplicação de referencial metodológico e analítico, representado pela abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*), e referencial teórico, consubstanciado no conceito de recontextualização do discurso, formulado por Bernstein (2001) no contexto de sua teoria do dispositivo pedagógico. Também foram considerados os pressupostos apresentados por Moreira (2008) que defende que se faça da construção social do currículo, como teoria, proposta, política e prática, o eixo das análises.

Já a pesquisa documental tem por finalidade reunir, classificar e distribuir materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que receberam apenas parcialmente, entre os quais constam os documentos de primeira mão, tais como, documentos oficiais, reportagens de jornais, cartas, contratos diários, filmes, fotografias, gravações e, no segundo caso, os documentos de segunda mão, a exemplo dos relatórios de pesquisas, relatórios de empresas, tabelas estatísticas (GIL, 2009).

Nesta pesquisa, as análises documentais relacionadas ao **contexto de produção do texto** envolveram levantamentos das circunstâncias políticas e ideológicas, assim como do marco legal e normativo para a justificação do Pró-Saúde/PET-Saúde, enquanto política intersectorial de governo, na intenção de compreender seus percursos. Foram analisadas as DCN/ENF (BRASIL, 2001a) e documento relacionado às diretrizes nacionais para implantação do Pró/PET-Saúde, o Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial

(BRASIL, 2009a). Os resultados empíricos do estudo no **contexto da prática** foram construídos a partir da análise das entrevistas.

Antes, trabalhei com pesquisa bibliográfica para compreender o **contexto de influência** que deflagrou a política. Em seguida, os **contexto de produção do texto** e **contexto da prática** exigiram leitura de cada documento ou entrevista. Procedi a seleção dos segmentos textuais que respondiam às questões orientadoras na exploração dos contextos da abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*), cujo guia foi adaptado do modelo proposto por Mainardes (2007), conforme apresentação a seguir:

**a – Contexto de influência:**

1. Quais políticas influenciaram a emergência do Pró/PET-Saúde, deflagraram esse processo e onde os discursos dessas políticas foram construídos?

**b- Contexto de produção do texto**

1. Qual o formato que os textos e as políticas se apresentam nos documentos sob análise: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, elaborado em parceria entre MS e MEC?

**c- Contexto da prática**

1. Como se implantou no Curso de Graduação em Enfermagem o Pró/PET-Saúde e como se deu a consequente organização curricular para cumprimento de seus objetivos?
2. Quais os sentidos foram construídos pelos sujeitos envolvidos no projeto, em relação aos discursos da integralidade e contextualização enquanto elementos da prática dos enfermeiros da IES?
3. Em que medida os envolvidos no projeto tiveram, nos cenários de prática, autonomia para discutir e expressar dificuldades, opiniões, insatisfações, dúvidas e utilizaram o espaço para convivências democráticas e emancipatórias em detrimento da reprodução ou criação de desigualdades?
4. Em que medida, os discursos tradicionais, possibilitados pela racionalidade científica moderna e pelo modelo biomédico de fragmentação do homem,

foram substituídos nos cenários de prática da IES, por abordagem integral e resolutive do processo saúde-doença?

5. O Curso de Graduação em Enfermagem da IES utilizou a inserção das necessidades dos serviços de saúde como fonte de produção de conhecimento e pesquisa?
6. O **contexto da prática** exerceu influências no **contexto de produção do texto** e no **contexto de influência**?

Nos estudos dos referenciais inerentes ao **contexto de influência**, minhas atenções concentraram-se nos ideários que foram postos no âmbito do Pró/PET-Saúde, como esses discursos foram construídos e incidiram sobre as reformas curriculares para a formação em Saúde no Brasil. Considerei sua vertente nacional e global/internacional, estas últimas, importantes para compreender o rumo das políticas de Educação em Saúde, tendo em vista suas influências na regulação e governação da Educação. Da mesma forma, mostrou-se útil a identificação e definição dos grupos que mais influenciaram nos discursos de mudança, as vozes presentes, principalmente com relação à formação dos enfermeiros.

Em relação ao **contexto de produção do texto**, realizei primeira seleção de segmentos textuais nos documentos eleitos, correspondentes às questões da construção dos textos, sua interface com a saúde pública e as ações conjuntas entre os MS e MEC na formação do enfermeiro generalista. Em seguida, procedi sua organização por contexto, de forma a possibilitar o início da análise e identificar de que forma foram escritas as políticas representadas, quais discursos predominaram, as influências e interesses nelas inscritos e possíveis inconsistências, bem como reconhecer outras apresentações que a política tomou e quem foram seus respectivos destinatários.

Quanto ao **contexto da prática**, para desenvolver a análise privilegiei as interpretações e recriações realizadas a nível local (organizacional e pessoal), bem como os motivos e consequências que pudessem representar possíveis rejeições, alterações e transformações significativas nas propostas políticas originais. Procurei compreender os papéis das professoras, alunas, preceptoras e de suas biografias na construção das implantações locais dos programas, pois não é possível compreender o social sem que primeiro se conheça o pessoal e o biográfico (GOODSON, 2008a). Da mesma forma, considerei investigar possíveis interferências do **contexto da prática**, em operação de “retroalimentação”, para influenciar os dois contextos anteriores.

Desta feita, a triangulação de coleta de dados permitiu-me não só descrever os processos de construção das políticas inerentes ao Pró-Saúde/PET-Saúde, mas também identificar os padrões de mudança no ensino teórico e na prática do cotidiano do estudante de Graduação em Enfermagem e os elementos que contribuíram para este processo relacionados ao pessoal e biográfico, em propositura compreensiva e crítica corroborada pela articulação entre hermenêutica e dialética.

Para execução de pesquisa bibliográfica lancei mão do uso de leis, livros, artigos de revistas e teses, no intuito de contribuir para a construção dos escopos da investigação proposta e para a extração da análise desejada.

## **CAPÍTULO II**

### **A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULO XX**

Orientar o jovem universitário para que a convivência com os deserdados de sua própria geração é, também, uma forma de recuperá-lo para o país real, de ganhá-lo para uma vivência mais solidária através da imersão nas condições de existência do conjunto da população a que se propõe servir (RIBEIRO, 1978, p. 265).

O crescente interesse pela formação em saúde, no Brasil, deve ser considerado em suas relações com as mudanças observadas nos contextos nacional e internacional a partir de 1930. A profissionalização em Saúde Pública constituiu um dos elementos do projeto político-ideológico do governo de Getúlio Vargas, adequados aos interesses de atuação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em consonância com propostas debatidas em fóruns internacionais, com a participação, em particular, dos EUA. Nos anos seguintes, o governo realizou série de alterações na estrutura administrativa e institucional para a área da Saúde, reorganizou os serviços no intento de constituir e consolidar política de saúde de abrangência nacional, porém centralizada na esfera federal do governo. (HOCHMAN, 2001, 2005).

Deste momento até a implantação do SUS em 1993, várias intenções políticas foram formuladas para a área da Saúde; porém, apenas este último se consolidou. Trouxe, em sua esfera de atuação legal e legítima, conceitos que extrapolam as tradicionais abordagens relativas aos cuidados de saúde, apontou na direção de política de saúde norteada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Para tanto, há que se considerar a influência de outros fatores na consolidação efetiva dos seus ideários.

Assim, o desenvolvimento deste capítulo se deu no propósito de contextualizar a formação em Saúde, no sentido de ressaltar os pressupostos estabelecidos no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e na 8ª CNS, que resultaram na criação do SUS e seus consequentes desdobramentos. Nesta mesma direção, são consideradas a formação do profissional de saúde para o fortalecimento do SUS, e da sua legitimidade, enquanto recurso essencial para a consolidação de sistema de saúde calcado nas necessidades sociais, tendo o indivíduo e a coletividade como objetos inalienáveis do seu trabalho.



## 2.1 CONTEXTOS DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA VERTENTE DA SAÚDE PÚBLICA

No Brasil, o período entre o final do século XIX e início do século XX caracterizou-se por importante crise sócio-econômica e sanitária. A exportação de produtos *in natura* era decisiva para o desenvolvimento econômico, ao mesmo tempo em que as condições de saúde pública impunham restrições para que os produtos chegassem aos países compradores. Epidemias de doenças como febre amarela, varíola e peste bubônica, além de contribuírem para a redução da imigração de mão-de-obra, faziam com que os tripulantes de navios estrangeiros, movidos pelo temor em adquiri-las, se recusassem a atracar nos portos brasileiros.

A capital, então a cidade do Rio de Janeiro, tinha fama internacional de “túmulo dos estrangeiros” devido ao número de imigrantes que morreram acometidos por doenças tropicais. No intuito de reverter a situação, o governo criou medidas que garantissem a saúde da população trabalhadora por meio de campanhas sanitárias de caráter autoritário (SCLIAR, 1987), capitaneadas pelo médico Oswaldo Cruz, com formação no Instituto Pasteur de Paris, que assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) em 1903, instituição regulamentada em 1897 com a finalidade de combater as epidemias. A exemplo do que acontecia na Europa e nos EUA onde, a pandemia do cólera no século XIX trouxera, como consequências, não apenas a assunção da saúde como problema de natureza coletiva em sociedades particulares, mas sua compreensão como tema de política internacional (LIMA, 2002).

A consciência acerca do 'mal público'<sup>17</sup> representado pelas doenças transmissíveis, e a necessidade de se estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e internacional, contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação mundiais. Em 1902, foi criada a OPAS, uma das primeiras instituições de cooperação internacional e a mais antiga instituição para cooperação na área de saúde. Representou, nos anos seguintes, acentuada contribuição para a implementação de políticas públicas de formação de recursos humanos na área de saúde no Brasil e na América Latina (HOCHMAN, 2001, 2005).

Em conformidade com o que ocorria em outras partes do mundo, as primeiras ações do Estado brasileiro na área de Saúde eram marcadas por notório interesse econômico no sentido de viabilizar as exportações dos seus produtos. Segundo Conill (2003), foi nesse instante que

---

<sup>17</sup> O conceito de Wanderley Guilherme dos Santos, que define 'mal público' como fenômeno que atinge a todos os membros de uma coletividade, independentemente de terem contribuído para seu surgimento e disseminação. No entendimento do autor, "ninguém pode ser impedido de consumir um bem coletivo, se assim o quiser (...) ninguém poderá se abster de consumir um mal coletivo, mesmo contra a sua vontade". (SANTOS, 1993, p. 52).

surgiram as políticas de saúde, com as mudanças no modo de produção, aliando autoritarismo ao nascente cientificismo europeu. Ao mesmo tempo, essas políticas se configuravam de modo isolado, nos Estados, respaldadas no princípio da autonomia estadual. Não havia ações coordenadas, em âmbito federal. Estas eram direcionadas apenas às situações de epidemias e aos casos de interesse para o controle das condições de saúde pública, motivados pela economia. As necessidades de assistência à saúde individual ficavam ao encargo das entidades beneficentes, filantrópicas e das chamadas mutualidades, instituições as quais se filiavam os grupos de imigrantes.

Nessa perspectiva, movidos por sentimento nacionalista, com a finalidade de unir esforços pela unificação dos serviços de saúde e constituição de autoridade sanitária nacional para o combate à realidade que se apresentava, políticos, médicos, educadores e intelectuais se uniram em verdadeira campanha pela reforma da saúde pública, que teve seu marco fundador na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918, sob a direção do médico sanitarista Belisário Penna (BRITTO, 2006).

Para colocar em prática esse processo de centralização administrativa dos serviços sanitários, Carlos Chagas assume o cargo de diretor da DGSP em 1919 e, em 1920, foi possível maior centralização das ações sanitárias no âmbito federal, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que permitiu o incremento da capacidade do governo federal para atuar além dos limites da capital, com ênfase na saúde coletiva e nas doenças endêmicas que acometiam as populações do interior do país.

Ao enfrentar os problemas que se colocavam como empecilhos para o desenvolvimento nacional, Chagas, implantou modelo de organização sanitária que não prescindiu de investimento na formação de pessoal em atividades de saúde pública, o que contou com a colaboração da Fundação Rockefeller<sup>18</sup>, em anúncio ao que seria posto nos anos subsequentes, como foi o caso da fundação do Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1918, e a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, em 1923.

Nesse contexto, deve-se considerar que, se por um lado, a saúde pública contava com a incipiente intervenção do Estado para a interiorização das ações, por outro, manobra política para contemplar o operariado urbano em suas necessidades de assistência à saúde e previdência, em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP),

---

<sup>18</sup> A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, por iniciativa de John D. Rockefeller, com o objetivo de implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, com a prioridade de empreender o controle internacional da febre amarela e da malária.

para atender aos trabalhadores das empresas ligadas à exportação e ao comércio, como ferroviários, marítimos e bancários.

Em 1930, em substituição a este sistema organizado por empresas, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados por grupos de categorias profissionais, com contribuições obrigatórias por parte de empregadores e empregados. Os IAP são unificados em 1966 em sistema único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a concentrar as contribuições previdenciárias e assistência médica aos trabalhadores do mercado formal de trabalho até surgir o INAMPS, autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criada em 1974, para prestar atendimento médico aos que contribuía para a previdência social (HOCHMAN, 2001, 2005).

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a constituição de aparato estatal na área de Saúde se concretizava por meio de caráter nacional, dois setores foram se diferenciando: a saúde pública de caráter preventivo, mediatizada pelas campanhas, e a medicina curativa, a encargo da previdência social. Apesar dessa dicotomia entre preventivo e curativo, a saúde pública ganhou aliado com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), mesmo ao considerar que, inicialmente, sua criação não trouxe qualquer alteração neste quesito, apesar da incorporação do DNSP neste Ministério.

A construção institucional da saúde pública, enquanto política de Estado, foi possível na gestão de Gustavo Capanema à frente do MESP (1934-1945), a partir de duas reformas que definiram e consolidaram a estrutura administrativa e institucional da saúde pública emoldurados pela centralização e verticalização do Estado Novo. A primeira em 1937, mais geral, definiu os rumos da política de saúde pública, reformulou e adequou a estrutura administrativa aos princípios básicos definidos na política social vigente; a segunda, mais específica, voltada para as ações de saúde, ocorreu em 1941, com a criação dos Serviços Nacionais para intensificar a presença dos órgãos federais de saúde nos estados de forma mais centralizada e verticalizar as campanhas de combate às grandes endemias, deixando para a assistência médica previdenciária as ações de saúde individualizadas (HOCHMAN, 2001, 2005).

Medidas justificadas diante do quadro sanitário brasileiro, que continuava precário. A febre amarela fazia vítimas na capital, os casos de malária acometiam no interior do país, e a tuberculose era o mais grave problema sanitário das cidades. Essa perspectiva, em favor de serviço de saúde voltado para a coletividade, fica expressa na atuação de Gustavo Capanema:

[...] À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a

coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública. (HOCHMAN, 2001, p. 141)

Enquanto isso, nas décadas de 1930 e 1940, a OPAS adotou várias políticas de apoio aos países da América Latina; a exemplo da criação de programas de bolsas de estudo que contou com ajuda do governo estadunidense para a sustentação financeira de suas políticas. Este apoio, segundo Lima (2002), era movido mais pelo interesse em atuação direta nos países do que pela elaboração de propostas no fortalecimento de um organismo baseado em relações intergovernamentais. O estabelecimento, pelos EUA, de acordos bilaterais entre o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), criado em 1942 e subordinado ao Departamento de Estado, relacionado à conjuntura que se configura com a Segunda Guerra, apontou para a importância estratégica atribuída à saúde na nova ordem mundial e continental que se apresentava (LIMA, 2002).

Esses interesses levaram à criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES)<sup>19</sup>, em parceria dos governos brasileiro e estadunidense, cujo foco – determinado pelo acordo de Washington –, estava na promoção de saneamento, serviços médico-hospitalares e educação sanitária centrada nas populações rurais.

O SESP serviu, inicialmente, aos esforços de guerra em áreas estratégicas e manteve suas atividades no pós-guerra em virtude do apelo que sua ação sanitária teve para os projetos de desenvolvimento regional (MAIO; LOPES, 2012). Em momento em que a temática do desenvolvimento esteve presente nas discussões dos foros internacionais, tendo em vista implementar programas visando à superação da pobreza, sob influência dos trabalhos do sociólogo sueco Gunnar Myrdal que apontavam para a existência de ciclo vicioso entre doença e pobreza. Esta visão do ciclo vicioso orientou, por vezes, a ação de organismos internacionais como a OPAS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (CAMPOS A., 2006) e, no Brasil, influenciou uma das mais importantes correntes de pensamento em saúde pública, conhecida como sanitarismo desenvolvimentista (LABRA, 1988), que reagia ao campanhismo e à centralização.

No âmbito do SESP, o modelo estadunidense, fundamentado na ideia de medicina preventiva se instalara e, por meio de consórcio com a Fundação Rockefeller, investiu no aperfeiçoamentos de médicos e engenheiros sanitaristas, de enfermeiras e outros profissionais

---

<sup>19</sup> A partir da reforma implementada por Gustavo Capanema em 1937 à frente do Ministério da Educação e Saúde Pública, este Ministério passa a ser denominado Ministério da Educação e Saúde.

de saúde, o que iria ocorrer até a década de 1960<sup>20</sup>, uma vez que, dentre suas estratégias estava também prevista a qualificação dos trabalhadores da Saúde.

O SESP, que fora concebido em primeira instância, para promover o saneamento da Amazônia, devido à extração da borracha para fins comerciais, e do Vale do Rio Doce, com a extração de riquezas minerais, posteriormente apresentou como atividade principal a implantação de modelo baseado no estabelecimento de redes hierarquizadas e integradas de unidades de atenção à saúde, em interface com os governos estaduais. Tal contrastava com o modelo verticalizado das campanhas de saúde pública implementado pelo MES (CAMPOS, A., 2006).

Apesar dessa vertente integradora, o SESP abordava a saúde pública como problema fundamentalmente técnico, ignorava suas dimensões socioeconômicas e seus pressupostos, o que colaborou para atuação inadequada ao contexto brasileiro em função da inspiração estadunidense (GUERREIRO RAMOS, 1954; SILVEIRA, 2008). Isto provocou sérias críticas do sociólogo Guerreiro Ramos sobre a transposição de modelos estrangeiros cognitivos, técnicos e administrativos, pois, afirmou haver fortes contrastes entre as práticas dos profissionais de saúde, provenientes de culturas urbanas e as culturas das populações rurais (GUERREIRO RAMOS, 1951, 1954):

[...] as instituições administrativas não têm nenhum poder mágico ou imanente de resolver os problemas. Elas só rendem em função umas das outras e do meio nacional onde atuam. É inútil transplantá-las de um país para outro de condições radicalmente diferentes. Os organizadores de nossos sistemas de assistência médico-sanitária não compreenderam que os modelos norte-americanos só teriam eficácia em nosso país se a sua estrutura econômica e social tivesse atingido uma fase mais adiantada de desenvolvimento (GUERREIRO RAMOS, 1951, p. 40).

Nesse sentido, caberia aproximação das abordagens socioantropológicas que viabilizassem intervenção eficaz dos serviços de saúde e assistência às comunidades atendidas pelos programas (RIOS, 1953) e, orientados nessa perspectiva, os profissionais de saúde poderiam travar diálogos com essas comunidades, a partir de suas culturas acerca das práticas e valores atribuídos à saúde.

A formação profissional na área da Saúde na América Latina ganhou importante contribuição do Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile, em 1955. Nesse momento foram apresentadas propostas alternativas ao modelo de organização da educação biomédica positivista desenvolvido pelo educador estadunidense Abraham Flexner e hegemônico no continente americano desde a segunda década do século

---

<sup>20</sup> O SESP transformou-se em 1960, após o encerramento do convênio com o governo norte-americano, em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, extinta em 1991.

XX. Assim, a OPAS, a partir da década de 1960, intensificaria suas ações no sentido de promover ideias que reformulariam cursos de saúde pública na direção de abordagens críticas ao modelo de história natural da doença<sup>21</sup>, apresentou como alternativa, a multicausalidade<sup>22</sup>. A saúde pública se transformaria em atividade multidisciplinar.

As intenções estavam postas no sentido de se discutir o papel das ciências sociais e sua importância no processo de saúde, o ensino da medicina social apresentou-se como referência, o que fez com que os debates sobre as políticas de saúde fossem suscitados e os estudos sobre pobreza urbana e suas relações com problemas de saúde intensificados.

Na década de 1970, a OPAS estabeleceu o Segundo Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas, consubstanciado no conceito de saúde como direito fundamental do indivíduo e das populações. O Estado foi apontado como responsável por assegurar esse direito e estabelecer estratégias de expansão das coberturas com serviços de saúde com vistas à universalidade.

Esses postulados favoreceram importante articulação da OPAS com o movimento sanitário brasileiro, que buscava propostas de mudanças no setor Saúde, pela necessária formação de profissionais para atuar na execução de programas prioritários em saúde coletiva<sup>23</sup>, em perspectiva de atuação política. Diversos autores latino-americanos, (ALMEIDA FILHO, 1989; AROUCA, 1975, 2003; CAMPOS G., 1991; CORDEIRO, 1979; DONNANGELO, 1976; MINAYO, 1991; NUNES, 1985-1995; PAIM, 1992; POSSAS, 1989 e TAMBELLINI, 1978) se posicionaram com objeções ao modelo explicativo biomédico e em seus efeitos na construção do sistema de saúde e modelos de atenção.

Referência importante para o debate foi o livro do sociólogo Ivan Illich, lançado em 1975 com o título *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Nesta obra o autor fez profundas críticas ao modelo biomédico e analisou a precária relação entre a assistência à saúde e o impacto na situação de vida da população (ILLICH, 1975).

---

<sup>21</sup> Modelo da história natural da doença ou modelo multicausal preventivista de Leavell e Clark de tríade ecológica – agente – hospedeiro e meio ambiente – considera o social apenas como mais uma variável do meio ambiente.

<sup>22</sup> Multicausalidade é o processo pelo qual as inúmeras presenças (Fatores, Agentes ou Determinantes), tendo acesso ao homem, interagem e podem provocar determinados agravos. Para que uma doença ou agravo tenha início, nenhum fator será por si só capaz de desencadear o processo patológico, esta multiplicidade é a multicausalidade.

<sup>23</sup> O termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (NUNES, 1996). Pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Um espaço institucional nesse processo foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), criado em 1975 por meio de convênio entre o governo brasileiro e a OPAS, em consequência da formação, pelo MS<sup>24</sup>, de grupo de trabalho interministerial para elaborar propostas na área de formação e distribuição de pessoal de saúde para o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) do governo militar de 1974 a 1978. Nesse período, o PPREPS desenvolveu projetos em parcerias com as secretarias estaduais de saúde para treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, com as universidades para execução de ações de integração docente assistencial, e com o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES) para execução dos projetos acerca de tecnologia educacional (CASTRO, 2008; LIMA, 2002 ).

Ainda em 1975, o governo federal toma a iniciativa de organizar o setor Saúde sob forma sistêmica. A Lei nº 6229, mais tarde revogada pela LOS 8.080/90, instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que previa a prestação de serviços gerais de saúde consubstanciados em alguns pressupostos, que hoje norteiam o SUS, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Caberia ao recém criado Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) apreciar a Política Nacional de Saúde (PNS) formulada pelo MS, bem como do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do MEC, nos assuntos relacionados à assistência médica e à formação de recursos humanos para a saúde, respectivamente (MERCADANTE et al., 2002).

Na década de 1980, os postulados do Consenso de Washington, elaborados pelo BM, FMI e governo estadunidense, chegaram à América Latina trazendo suas propostas de ajuste estrutural, consubstanciadas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização de empresas públicas e na redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social. Ao Estado caberiam ações direcionadas aos grupos sociais impossibilitados de responder às ofertas de mercado para a aquisição desses serviços (LIMA, 2002).

Ao mesmo tempo em que os postulados para intervenção mínima do Estado nas questões sociais levavam diversos países a reformularem suas políticas, no Brasil aconteciam movimentos sociais importantes que ratificavam o lema da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, com a meta “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, conhecida como Declaração de Alma-Ata, inspirada em um dos princípios constitucionais da OMS de 1946:

---

<sup>24</sup> Em 1953, a Lei Nº 1.920 criou o Ministério da Saúde, com a separação dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. [...] Os governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946)

No período anterior à criação do SUS, a APS abrangente representou a alternativa de mudança do modelo assistencial e foi referência para experiências desenvolvidas em universidades e em municípios com governos de tendência socialdemocrata, de oposição à ditadura militar, engajados no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na Declaração de Alma-Ata consta que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar padrão aceitável de saúde em futuro próximo:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978)

Da mesma forma, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde realizada em Ottawa em 1986 ratificou o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que teve início na década de 1970, em defesa da melhoria das condições de saúde da população, da saúde como direito social e o Estado como provedor de possibilidades para o acesso a esse direito. Postulava-se a implementação de modelo de atenção à saúde baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência, pela reorganização do sistema de saúde com ações e serviços hierarquizados e descentralizados. Esse ideário foi validado na 8ª CNS de 1986 que, posteriormente, conseguiu firmar na Assembléia Nacional Constituinte em 1987/1988, e em seus desdobramentos legais, o reconhecimento de conceito ampliado de saúde como um fenômeno socialmente determinado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012):

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986a, p. 4)



Com os pressupostos da 8ª CNS consolidados na CF de 1988 e a rápida evolução da assistência proporcionada pela passagem das Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>25</sup>, criadas em 1984, para o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, ocorreu em 1993, a efetiva construção do SUS. Em legitimação do direito à saúde como responsabilidade do Estado de prover condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (BRASIL, 1986).

Apesar dessas conquistas, manteve-se a primazia da especialização do cuidado à saúde, posta como necessária na década de 1980, a partir do estabelecido pelas inovações tecnológicas, quando foram colocadas novas demandas por conhecimento mais especializado, mais técnico. Além disso, “a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários, os trabalhadores e gestores da saúde, tem se configurado como uma grande tensão para a construção do modelo de saúde sonhado” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 885).

Tal pode ser agravado pela falta de preparo de recém egressos dos cursos de graduação para atuarem no SUS, tendo em vista sua complexidade, e a ausência de compreensão acerca da gestão do Sistema, da ação do controle social sobre o setor e da atenção à saúde (CECCIM; BILIBIO, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a) o que demonstra o distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS (HADDAD et al., 2008).

Neste sentido, Haddad et al (2010), ao analisarem a formação de profissionais de saúde no Brasil no período de 1991 a 2008, asseguram que urge a necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde, uma vez que a transição demográfica e epidemiológica vem alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde.

## 2.2 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

---

<sup>25</sup>As Ações Integradas de Saúde configuravam como uma possibilidade para a universalização do acesso à saúde por meio da articulação dos serviços públicos com a rede conveniada e contratada. A proposta consistia em parceria (convênios) entre o INAMPS e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede e a contrapartida dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população e não só para os beneficiários da previdência.

A formação profissional em Saúde<sup>26</sup> tem suscitado discussões em busca de estratégias que possibilitem concretude à produção de inovações coerentes com formação consubstanciada na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, propostos nas DCN para a grande área da Saúde. Esta preocupação está contemplada na CF de 1988 (BRASIL, 2000), que no Título VIII – Da Ordem Social art. 200, inciso III, atribui ao SUS a missão de ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde.

Por sua vez, a LOS 8080/90, de dezenove de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) no Título IV – Dos Recursos Humanos art. 27, inciso I, estabelece que, neste entendimento, se inclui todos os níveis de ensino, graduação, pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Também dispõe, no art. 16, inciso IX, que o MS deve promover a articulação entre órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional com entidades representativas de formação de recursos humanos para a saúde. Ademais, o art. 10º da CF de 1988, Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação.

Esse movimento de questionamento e de construção de novas possibilidades no campo da Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde está presente em toda a América Latina, com apoio substancial da OPAS, centrado no desenvolvimento de perspectiva crítica do pertencimento ao trabalho, da formação de vínculos com os usuários e da colaboração com a gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Ganhou espaço nas plenárias das Conferências Nacionais de Saúde e, na intenção de atender à expressa recomendação da 9ª Conferência<sup>27</sup> de 1992<sup>28</sup>, a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (2ª CNRHS) realizada no ano seguinte, em conformidade com os compromissos firmados na 1ª CNRHS (BRASIL, 1986b), teve como tema central

---

<sup>26</sup> Formação profissional em saúde se refere ao processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior. Tem por objetivo propiciar ao estudante ou ao trabalhador, no exercício de sua profissão, o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da saúde às necessidades da população do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

<sup>27</sup> Dentre os resultados finais da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, temos a Reafirmação do Sistema Único de Saúde enquanto estratégia de implementação do texto constitucional e a reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS.

<sup>28</sup> Promover a imediata regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos; contemplar e garantir a qualificação e/ou formação permanente, permitindo a evolução do trabalhador na carreira; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou por meio de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior; promover a revisão dos currículos profissionais adequando-se às realidades sócio epidemiológicas e características étnico- culturais da população [...] (BRASIL, 1993, p.31).

“Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” e produziu completo documento sobre o tema. Neste documento foram analisadas as dimensões da qualificação, do processo de preparação/formação e da gestão do trabalho em saúde baseados nas necessidades do SUS, e indicou a urgência de se regular imediatamente o art. 200, inciso III, da CF de 1988.

No Relatório Final, a 2ª CNRHS pontuou que a formação de recursos humanos para a Saúde desconsidera questões como: Quem formar? Para quem formar? Para o quê formar? Nas "Propostas Relativas às Políticas de Preparação e Gestão de Recursos Humanos para a Saúde" assevera que há necessidade de mudança nas práticas assistenciais na direção da integralidade. A formação e qualificação deverão ser concentradas nas categorias necessárias à operacionalização do SUS e, no caso específico da preparação de profissionais de nível superior, é imprescindível o comprometimento das instituições universitárias com o processo da Reforma Sanitária e o modelo assistencial definido nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1994a).

As Conferências Nacionais de Saúde seguintes mantiveram a defesa da integralidade da assistência à saúde, da formação de pessoal adequada às necessidades da população usuária do SUS, da implementação de Política de Recursos Humanos para a Saúde e ratificaram as resoluções emanadas na 2ª CNRHS. Nessa perspectiva, a 11ª CNS realizada em dezembro de 2000, apontou, como imprescindível, a implantação efetiva da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB<sup>29</sup>/RH-SUS), já deliberada na 10ª CNS, em 1996 (BRASIL, 2001c).

A decisão de elaborar os “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” foi tomada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, em conformidade com a deliberação da 10ª CNS, pela demonstração de efetividade e unificação normativa dos procedimentos de gestão, no processo de descentralização da gestão do sistema, por meio do instrumento NOB. No item 5.1 – Política de Recursos Humanos para a Saúde –, alínea 230 do relatório final da 10ª CNS pode-se ler:

O Ministério da Saúde deve elaborar, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste relatório, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma NOB/RH com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS, e que inclua uma ‘agenda de prioridade’ para a implantação desta política. (BRASIL, 1998b, p. 62)

---

<sup>29</sup>NOB é o instrumento normativo infralegal que define o modo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUS.

Assim, a Resolução do CNS nº 330, de 4 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003a), trata de aplicar os Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho<sup>30</sup> e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005e), a partir das proposições apresentadas na 11ª CNS e reiteradas na 12ª CNS (BRASIL, 2004a). Sobre os Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, considerados todos os que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo Sistema, este documento sinaliza:

[...] é imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS [...]. (BRASIL, 2005e, p. 53)

Em seguida, a Resolução CNS nº 335 (BRASIL, 2003b), de vinte e sete de novembro de 2003, ratifica o disposto anterior, aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde -” como instâncias locais<sup>31</sup> e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

A implementação dessa Política de Educação para o SUS propôs a integração entre ensino-serviços de saúde, o que permitiu a aproximação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras como estratégia para favorecer mudanças nas práticas de trabalho e de formação em saúde a partir da articulação com as necessidades sociais detectadas, no cotidiano, pela rede de sistemas e serviços. Os serviços de saúde são organizações complexas e, conforme

<sup>30</sup>Para efeitos da NOB/RH SUS, Gestão do Trabalho no SUS é a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras (BRASIL, 2005e, p. 31).

<sup>31</sup>A localregião configura-se como um território formado por diferentes municípios (esferas de gestão constitucionalmente responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde), com abrangência regional, conforme a realidade de construção da integralidade na promoção e proteção da saúde individual e coletiva nos ambientes e redes assistenciais ou sociais em que vivemos e conforme a realidade da mobilidade da população em busca de recursos educacionais e de pesquisa e documentação em saúde. A CF de 1988 estabelece a expressão “regionalização e hierarquização” como parte da luta política pela universalização do direito à saúde. A regionalização busca aproximar as ações e os serviços de saúde da população e, assim, assegurar o acesso. A hierarquização, por sua vez, permite melhorar a qualidade dos diferentes âmbitos ou recursos estruturados à atenção e organizar os serviços de forma que eles se complementem e, assim, assegurar a resolutividade. Por essa razão, a proposta do MS utilizou o termo localregião, uma palavra que representa a união – na prática – da compreensão de expressão “regionalização e hierarquização”, isto é, “acessibilidade e resolutividade” (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2011, p.168).

o proposto pela OPAS, somente a aprendizagem significativa poderá contribuir para a adesão dos trabalhadores nos processos de mudanças no cotidiano (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Desta forma, cabe aqui o desafio de coadunar o processo educativo ao cotidiano do trabalho.

Em treze de fevereiro de 2004, foi sancionada a Portaria nº 198/GM/MS (BRASIL, 2004b), que, em consideração à Resolução do CNS Nº 335, de vinte e sete de novembro de 2003, no art. 1º instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e atribuiu a condução locorregional desta política mediante atuação de um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS.

Os PEPS foram descritos como espaços para a construção coletiva de diálogo e de negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras, bem como para a identificação de necessidades e elaboração de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais. Operaram entre 2004 – 2007 e representaram avanço no sentido de propor e formular política de Educação Permanente que considera a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde (BRASIL, 2004c).

Na mesma direção dos textos legais com referências à Educação na Saúde, a Portaria nº 399/GM/MS, de vinte e dois de fevereiro de 2006, instituiu as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), compromisso firmado entre as instâncias gestoras do SUS no âmbito federal, estadual e municipal nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Sobre as Responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área de Trabalho e Educação na Saúde estão previstos, para os entes federados, compromissos de cooperação com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões da Saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.

Na sequência, a Portaria GM/MS nº 1.996, de vinte de agosto de 2007 (BRASIL, 2007d), em substituição à Portaria GM/MS nº 198, de treze de fevereiro de 2004, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS (BRASIL, 2009c)<sup>32</sup>, adequando-a às diretrizes

---

<sup>32</sup> Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para travar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Este conceito foi ampliado no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. É aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, numa perspectiva de transformar as práticas profissionais para que sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009c).

operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, em consonância com o art. 14 da lei nº 8.080/90. Este artigo trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Assim ficam definidas suas atribuições, mediante trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras:

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS.

Art. 4º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2007d)

Nessa nova configuração, as CIES substituíram os PEPS, com a recomendação para que considerem as especificidades regionais e as necessidades de ações formais de Educação na Saúde a partir do encontro de seus representantes que deverão considerar as questões da Educação Permanente em Saúde na sua região.

Enquanto fórum de articulação, diálogo, negociação e pactuação interinstitucional, as CIES deveriam identificar as necessidades e propor políticas e estratégias no campo da formação e do desenvolvimento, na busca pela adequação da assistência aos pressupostos estabelecidos para o SUS. São participantes das CIES: (a) os gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal; (b) conforme as especificidades de cada região, os gestores estaduais e municipais de educação e/ ou seus representantes; (c) os trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; (d) as instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos (e) os movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (BRASIL, 2007d).

São muitos os textos legais e infralegais que preveem compromissos dos entes federativos, conforme a Lei Nº 8.080/90, art. 15, inciso IX (BRASIL, 1990a), e das instituições formadoras na participação da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a área da

Saúde e, em especial, para que desenvolvam seu trabalho de forma a atender as necessidades apresentadas pelo SUS.

Para tanto, Emerson Merhy (2002) afirma que o trabalho em Saúde é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Não pode ser globalmente configurado pela lógica do trabalho morto, expresso apenas pelos equipamentos e pelo saber tecnológico, pois se afirma em tratativas relacionais com o produto de seu trabalho, com outros trabalhadores e com o usuário dos serviços. Ao pensar o trabalho médico, o autor utiliza a imagem de valises para analisar os instrumentos utilizados na atuação desse profissional. Há uma valise de mão, onde estão os equipamentos, que seriam as tecnologias duras; outra valise que está na cabeça, contém os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário dos serviços, com as tecnologias leves. É no território das tecnologias leves que se define a produção do cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.

Ainda segundo Mehry, no cotidiano desses trabalhadores, os encontros entre subjetividades impõem significativo grau de liberdade nas escolhas do modo de fazer essa produção, já que podem colocar todas as sabedorias de que dispõem para exercer procedimentos eficazes a serviço dos usuários e de seus problemas. Desta feita, os trabalhadores da Saúde e as organizações desses serviços devem fazer suas escolhas em favor da formação de vínculos com os usuários, na defesa da vida das pessoas (CAMPOS G., 1991), na perspectiva de atender seus interesses e de promover sua autonomia como sujeito ativo, inclusive na formulação de políticas das ações e serviços:

O cotidiano de relações da atenção e da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde deveriam se incorporar ao aprender e ao ensinar, formando para a área da saúde, mas formando para o SUS. A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. (BRASIL, 2004d, p. 6)

Na intenção de viabilizar a incrementação das políticas de Educação na Saúde<sup>33</sup> em conformidade com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do

---

<sup>33</sup>Educação na Saúde é a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2012).

SUS, em 2003, o MS criou a SGTES e assumiu o papel legal de gestor federal do Sistema na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da Saúde no Brasil. Integram esta Secretaria: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) responsável pela Gestão e Regulação do Trabalho e o DEGES, responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade. Também cabe ao DEGES, estabelecer articulação com os diversos órgãos do MS, do MEC, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSEMS) e as secretarias municipais de saúde, entidades estudantis, trabalhadores, instituições formadoras, associações de ensino das profissões, docentes, estudantes, movimentos sociais e conselhos de saúde (BRASIL, 2004c).

A PNEPS se configura na ação estruturante do DEGES, também a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnASUS) e o Programa Telessaúde. O DEGES se constitui em dois eixos de ação: a Educação Superior e a Educação Técnica. Na Educação Superior, desenvolve quatro programas: O Pró-Saúde, o PET-Saúde, Pró-Residências e revalidação de diplomas médicos. Em 2009, a residência médica se diversifica em outras modalidades, a exemplo da Residência Multiprofissional. Enquanto o Pró-Saúde e o PET-Saúde são programas direcionados aos cursos de graduação de saúde.

Desta feita, o incentivo às mudanças, antes exclusivo para os cursos de Medicina, estendeu-se para o conjunto das graduações da área da Saúde, diante do necessário comprometimento e relevância da formação para o sistema de saúde nacional. Com esta diretriz política, a SGTES/MS propôs ao CNS o AprenderSUS, aprovado num acordo de cooperação entre o MS e o MEC, como estratégia da PNEPS para apoiar mudanças nas graduações dos cursos da área de Saúde mediante aproximação com o cotidiano das Escolas/Cursos de Graduação e Universidades.

No mote do “Seminário Nacional sobre o AprenderSUS e as mudanças na graduação na saúde”, promovido pelo MS, a Convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras no ensino da saúde apontou a integralidade como eixo da mudança na formação de profissionais da Saúde, no âmbito do ensino de graduação:

O conjunto de experiências empreendidas pelas instituições de educação superior – no intuito de desenvolver a aprendizagem da integralidade, diretriz fundamental do SUS no que se refere à qualidade da resposta do setor ao direito de todos à saúde, –



está convidado a participar de um processo de fortalecimento das iniciativas inovadoras e de contribuição para a autoanálise das práticas de ensino para a integralidade, desde o ponto de vista da produção de conhecimento.” (BRASIL, 2004d, p. 10,11)

Nesse contexto, o DEGES/MS, em conjunto com as associações de ensino das profissões na área de saúde, criou em 2004, o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS, 2014)<sup>34</sup>. O objetivo deste Fórum é impulsionar a adoção da integralidade como eixo orientador da mudança na graduação e contribuir ativamente para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde a partir do desenvolvimento de estratégias que viabilizem o cumprimento e adequação das DCN e para o estabelecimento de parcerias com movimentos envolvidos no processo de formação profissional em saúde.

O FNEPAS, em parceria com o SGTES/MS, desenvolve ações em prol do Projeto Coletivo “Demografia e Cartografia das Formações da Área da Saúde” (FNEPAS, 2014). A iniciativa visa identificar as necessidades regionais e a distribuição das mais diferentes categorias profissionais, em consideração às políticas públicas da Saúde. A partir deste estudo, procura-se responder a questões ligadas à qualidade da formação do profissional da Saúde, localização geográfica desses profissionais e, como metas, estabelecer critérios de melhor distribuição geográfica, bem como novos parâmetros para a formação acadêmica e continuada dos mesmos.

A constituição do projeto levou em consideração: a integralidade da assistência, a interdisciplinaridade, a articulação com a Educação Permanente em Saúde, a aproximação com os projetos pedagógicos dos cursos e as DCN, a retomada dos eixos da atenção à saúde segundo necessidades da população, o desenvolvimento da liderança e da capacidade de comunicação, em compromisso de preparar os futuros profissionais para a administração e gerenciamento de suas práticas (FNEPAS, 2014).

Ainda, a Política de Educação Permanente em Saúde sofreu forte influência das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde de 2006. Políticas e programas surgiram e, as já

---

<sup>34</sup> O Fórum é constituído pelas seguintes organizações: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Brasileira Rede Unida (Rede UNIDA), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e, posteriormente, pela Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Associação Brasileira de Ensino em Educação Física para a Saúde – ABENEFS, Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR), Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT), Associação Brasileira de Ensino em Biomedicina (ABEB) e Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE).

existentes, foram adequadas às novas normas emanadas do Pacto, o que gerou diversos programas<sup>35</sup>.

Ao considerar a Educação Permanente em Saúde como política pública do SUS, eixo transversal e integrador das políticas e transformador da realidade, o CNS assumiu compromisso com o cumprimento legal de ordenar a formação dos trabalhadores na área da Saúde e apontou na direção de política com prescrições capazes de articular atenção, gestão, participação e formação.

É o que Ceccim e Feuerwerker (2004b) designaram de Quadrilátero da Educação na Saúde, para defender a necessidade de formação e desenvolvimento<sup>36</sup> que privilegie (a) o debate acerca dos valores utilizados pelos profissionais ao definir e organizar as estratégias de atenção; (b) os critérios usados pelos gestores no ordenamento do sistema de saúde; (c) a participação dos usuários e movimentos sociais organizados quando se pretende atender à relevância e responsabilidade social do ensino e, por fim, (d) as práticas de ensinar e aprender a partir da regulação pública e da direção política do SUS.

Tal pode ser considerada proposta inovadora, já que as experiências acumuladas de mudança na formação, tanto no Brasil como em outros países, foram consubstanciadas na tríade instituições de ensino – instituições de serviço – associações científico-profissionais, ou ensino – serviço – comunidade (CECCIM; BILIBIO, 2002; FEUERWERKER, 2002).

O consenso está posto no sentido de ordenar a formação dos profissionais da Saúde em conformidade com as necessidades de saúde da população e das diretrizes constitucionais do SUS. Entretanto, há que se considerar que, na busca pela integralidade, a organização dos processos de trabalho surge como importante questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, a partir de perspectiva centrada nos usuários e nos coletivos, nas suas necessidades de assistência, em oposição ao processo de trabalho partilhado que desconhece

---

<sup>35</sup> Alguns destes programas: Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde (Residência), Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência, Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior, Pró-Internato Médico, Pró-Saúde, PET-Saúde, Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde), Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – Fies, Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps), Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

<sup>36</sup> Desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e pode receber diferentes designações: educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação; por sua vez o termo formação se refere à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo contemplar o pessoal inserido no serviço ou não, provenientes dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

que os sujeitos trazem consigo, além de problemas de saúde, história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

A saúde é um bem público, cabe o Estado presente e atuante o papel de gestor e regulador do trabalho, que avance no debate crítico sobre os sistemas de formação de pessoas e estruturação do cuidado, no sentido de fortalecer compromissos estabelecidos entre o Setor da Saúde e o Setor da Educação, em necessária intersetorialidade, desde o MS, o MEC, as IES. Para tanto imprescinde a adesão, para posterior legitimidade, de pesquisadores, docentes, estudantes e do Controle Social. Este último, ente fundante do modelo oficial de saúde brasileiro, mas para o qual a formação dos profissionais da Saúde permanece impermeável (BRASIL, 2004d; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a), o que contribui para obstruir o direito de controle da sociedade sobre a gestão pública do ensino.

### 2.3 OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A LEGITIMIDADE DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

A ideia de cuidados primários de saúde<sup>37</sup> exerceu influência profunda na reforma do sistema brasileiro de saúde iniciada nos anos 1980 e surgiu, nesse momento, associada à noção de participação comunitária, fonte de inspiração para a criação dos conselhos e conferências de saúde, onde a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões, daí, a denominação Controle Social à participação da sociedade no SUS, pois articulavam-se às forças sociais favoráveis ao processo de consolidação do Sistema (CORTES, 1996a, 1996b, 2002).

A denominação Controle Social surgiu na 9ª CNS (BRASIL, 1993), de 1992, para definir o processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e das atividades desenvolvidas pela população junto à seguridade social. Na área da Saúde, corresponde o direito e o dever de a sociedade participar dos debates e decisões, bem como da formulação, execução e avaliação das políticas de saúde nos diferentes âmbitos de governo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

No Brasil, os movimentos participativos no setor Saúde foram deflagrados durante a vigência das AIS, com a criação das comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública, no intento de facilitar a integração das

---

<sup>37</sup> A estratégia de cuidados primários de saúde se opõe à concentração de investimentos públicos em unidades complexas de saúde, como hospitais, e defende o uso racional dos recursos na aplicação de tecnologias simplificadas que, por meio de uma rede de serviços hierarquizada, cobriria toda a população (CÔRTEZ, 2002).

ações dos diferentes provedores públicos de serviços<sup>38</sup> que previam o envolvimento apenas de alguns segmentos da sociedade. Com o advento do SUDS as comissões interinstitucionais estaduais de saúde foram abertas à participação popular e os papéis de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais foram reforçados como canais de representação política na esfera da organização estatal (CORTES, 2002).

A forma de funcionamento do SUS, no que diz respeito aos atores das diversas instâncias de poder, corresponde ao arranjo federativo brasileiro na área de Saúde e conta com o Controle Social sobre as políticas, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema. Nas três esferas gestoras existem os respectivos colegiados participativos onde se dá o Controle Social, por meio dos Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), em caráter permanente e deliberativo, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública. Estes são compostos da seguinte forma: metade dos conselheiros representantes do governo, de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde e a outra metade formada por conselheiros representantes dos usuários.

Esses fóruns devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) também instituiu as Conferências de Saúde, nos três níveis da administração pública e na mesma composição dos Conselhos de Saúde, com previsão para ocorrer a cada quatro anos com a finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Nesse arcabouço institucional e decisório vigente no SUS (**Figura 1**), os Conselhos de Saúde atuam em articulação com gestores do sistema<sup>39</sup> em cada esfera de governo; com instâncias de negociação e decisão que envolvem a participação dos gestores das diferentes esferas – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual e também com os conselhos de representação dos secretários de saúde âmbito nacional (CONASS E CONASEMS) e estadual (COSEMS). Apresentam conformações desde a esfera nacional até as esferas regionais, micro e

---

<sup>38</sup> Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo; Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS)

<sup>39</sup> No jargão setorial, o termo gestor do SUS é amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde. Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, cujas ações políticas e técnicas estão pautadas nos princípios da reforma sanitária brasileira (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007).

macrorregionais, locais, distritais ou ainda dos serviços, a exemplo dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e Programas.

**Figura 1 - Estrutura institucional e decisória do SUS**



Fonte: Elaboração SAS/MS. Disponível em: <[http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov\\_arquivos/frame.htm](http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm)>. Acesso em: mai. 2016.

Entretanto, para o estabelecimento desses canais de efetiva participação, foi necessário que a sociedade civil se organizasse para legitimar aqueles que representassem seus interesses e contasse com uma *policy community*<sup>40</sup>. Neste sentido, a CF de 1988, ao estruturar o SUS no contexto da Seguridade Social, fixou como princípio fundamental, além de outros, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde – art. 194, parágrafo único, inciso VII, art. 198, inciso III (BRASIL, 2000).

Isso ocorreu sob forte influência da *policy community* de reformadores do sistema de saúde brasileiro que, coadunados com lideranças dos movimentos popular e sindical, defendiam a expansão da provisão pública de serviços, o controle estatal sobre o mercado de serviços de Saúde e o acesso universal. Para tanto, a consolidação dos Conselhos e das Conferências de Saúde se apresentaram como espaços importantes para os quais foram canalizadas essas demandas (CORTES, 2002).

A participação social é princípio e diretriz fundamental do SUS, garantida pela CF de 1988 e legislação complementar, realizada pela ação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e, em conjunto com as múltiplas modalidades de processos compartilhados de tomada

<sup>40</sup> *Policy community* é o conjunto de organizações e atores políticos organizados em torno de um projeto comum de política social interessados na construção de canais participativos (JORDAN; RICHARDSON, 2013).

de decisão, se configura como possibilidade de participação da comunidade, o que qualifica e compõe a gestão participativa do SUS. Neste intento, a NOB/RH SUS (BRASIL, 2005e) nos Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS, prevê que a Gestão do Trabalho nas três esferas de gestão do SUS deverá ser sempre submetida às suas instâncias legítimas de participação popular e de Controle Social do SUS e pactuada entre gestores, trabalhadores e usuários.

Para avançar na consolidação do SUS é necessário que a formulação de políticas para o setor Saúde ocorram mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento do modelo de atenção integral e o fortalecimento da participação popular e Controle Social, como poder deliberativo.

Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir papéis indutores no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas da Saúde quanto no campo da formação de profissionais. Por ser o Controle Social uma das instâncias do SUS, há que se considerar a possibilidade de ampla participação da sociedade na elaboração, implantação e controle dessas políticas, com contribuição por meio de propostas para a reorientação da formação dos profissionais da Saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do sistema, com a CF de 1988 e demais normas legais dela decorrentes.

Recorro aqui ao quadrilátero da formação para a área da Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a) – ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social – como propositura de construir e organizar Educação a partir das necessidades e, consequente legitimação da sociedade, pois a mobilização do pensamento nacional para a mudança na graduação envolve a formação e o engajamento de docentes, trabalhadores, estudantes, gestores e movimentos sociais (BRASIL, 2004d).

O quadrilátero da formação em saúde é citado em documentos basilares sobre formação dos profissionais de saúde, o que não impede, segundo Medeiros (2010) que o jogo de relações no contexto da Saúde se estruture essencialmente com a articulação de apenas três elementos: a gestão, o ensino e a atenção.

Estes elementos formam estrutura estável por serem impessoais. Não são gestores, professores ou profissionais; ao mesmo tempo em que a natureza do quarto elemento – controle social – carrega consigo a emergência do sujeito como cidadão, o que obriga que o entendamos como participante singular dos atos em saúde a ele dirigidos. E, sem desprezar a atuação do coletivo organizado, por se referir aos efeitos de cidadania, Medeiros (2010) se reporta a este elemento como *usuário*, e defende que a formação em Saúde seja realizada a partir da

referência deste e de seus discursos de verdade em conformidade com as práticas de atenção à saúde que lhe são dispensadas mediante suas necessidades.

Nessa perspectiva, o contato com os usuários dos serviços de saúde durante a formação acadêmica, pode contribuir para formação em conformidade com suas necessidades, em possibilidade de levar para dentro das instituições de ensino, por meio das trocas de vivências e das produções que surgem da prática de estágio, as problemáticas de saúde levantadas e debatidas no Controle Social (REIS; GUARESCHI, 2010).

Assim, há que se considerar a necessária assunção do usuário dos serviços de saúde como principal fonte de informação para elaboração e adequação de qualquer proposta pedagógica de ensino voltada para as reais necessidades de saúde da sociedade. Esta capacidade de escutar – no sentido de criar empatia para o consequente comprometimento no sentido proposto por Freire (1979) – aquele que utiliza os serviços, sem que isto interfira na autonomia das instituições formadoras.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), o Controle Social não se contrapõe à autonomia das instituições formadoras, pois essa formação é tarefa socialmente necessária, deve ser permeada de compromissos ético-políticos com a sociedade, a autonomia das instituições formadoras não pode derivar da independência destas em relação às políticas públicas e regulação de Estado. O que implica a obrigação de prestar contas sobre a forma com que respondem aos interesses públicos e à tarefa social de formar profissionais.

Sobre a autonomia universitária, a LDB nº 9394/96 determina no art. 53, inciso II que cabe às universidades: “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (BRASIL, 1996). As DCN para os Cursos de Graduação da área da Saúde foram aprovadas entre os anos de 2001 e 2004, com participação do CNS que interpôs sua opinião junto ao CNE e possibilitou a abertura de audiência pública com as entidades de ensino das profissões de saúde para apreciação das propostas apresentadas para a versão final (ARRUDA; SIQUEIRA CAMPOS, 2001; COSTA H. et al., 2001; MARANHÃO; SILVA, 2001; ROSENBLATT et al., 2001). Ao mesmo tempo,

Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos *modos de fazer* (grifo dos autores). (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 45)

Então, pode-se considerar que essa participação do Controle Social dá legitimidade às DCN e, nelas consubstanciadas, enquanto orientações mandatórias, temos a responsabilidade das instituições formadoras para elaborarem suas propostas curriculares. É essa a interpretação apresentada de forma objetiva pelo Parecer CES/CNE 583/01 de quatro de abril de 2001: “é fundamental não confundir as diretrizes que são orientações mandatórias, mesmo às universidades, LDB nº 9394/96, art. 53, com parâmetros ou padrões (Standard) curriculares que são referenciais curriculares detalhados e não obrigatórios” (BRASIL, 2001d). Assim, pode-se entender que há mandato da sociedade para essa articulação entre a Educação Superior e o sistema de saúde em conformidade com as diretrizes e os objetivos do SUS, tal como constam na CF de 1988, nas LOS e nas DCN para a grande área da Saúde.

#### 2.4 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (DCN/ENF) COMO CONSTRUÇÃO DE MOVIMENTO PARTICIPATIVO COMPROMETIDO COM O SUS

Na área da Educação, muito se discute sobre o papel das instituições formadoras nas profissões da Saúde, busca-se reestruturação dos currículos e dos processos de ensino-aprendizagem, com base na LDB e nas DCN. Embora o advento do SUS tenha provocado discussões importantes acerca da formação em Saúde, ainda faltam mais debates para que se formulem modos de estruturá-la objetivamente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, 2004b).

As mudanças na formação dos profissionais da Saúde baseadas nessa nova ordem, preveem perfis profissionais inseridos na dinâmica do Sistema, sensibilizados para o trabalho em equipe e contextualizados com a realidade social, na busca pela prática profissional generalista e calcada em relações humanizadas e estreitas com a população. Nesses espaços de práticas, vários projetos encontraram nas metodologias baseadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, entre elas a problematização, instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores sobre os problemas da realidade (FREIRE, 1996).

A formação do profissional generalista requerido pelo SUS tem sua origem na saúde pública e saúde coletiva, num *continuum*, no qual diversos momentos políticos e institucionais valorizaram diferentes enfoques, com características que vão do campanhista ao desenvolvimentista, da racionalizadora-modernizante à generalista e gerencial, a mais recente.

As competências gerais desejadas para o graduado nos cursos da Saúde constituem elementos comuns da formação – as de assistência à saúde, tomada de decisões, liderança,



comunicação e formação permanente –, que são complementadas pelas competências específicas necessárias para cada curso/profissão. Deve-se priorizar não mais apenas o cognitivo, mas o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas.

No caso da formação dos enfermeiros

, segundo Mauro (1983), a profissão fora considerada importante para consecução da estratégia “*saúde para todos no ano 2000*”. O ensino de Enfermagem passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, coadunado ao contexto histórico da própria Enfermagem e da sociedade brasileira, desde o surgimento do ensino oficial sistematizado da Enfermagem Moderna, cujo propósito era formar profissionais para trabalhar no saneamento urbano. Introduzido em 1923 pelo Decreto nº 16300/23, no Rio de Janeiro, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do DNSP, e posteriormente, na Escola Anna Nery, reproduziu o currículo aplicado nos EUA (BARROS NETO et al., 2014; ITO et al., 2006).

A despeito da proposta de trabalho relacionada ao saneamento urbano, a Enfermagem brasileira surgiu vinculada ao modelo hospitalocêntrico de atenção individual, curativa e centrada nos procedimentos, não na saúde pública. No currículo implantado pelo DNSP continha trinta e cinco disciplinas e, destas, apenas quatro eram voltadas para a saúde pública, o que nos permite apreender que a criação da Escola e a orientação do ensino de Enfermagem estavam adequados às necessidades do mercado postas naquele momento, pois ocorria o início do processo de industrialização do país e, no que se refere à organização de assistência à saúde, havia pressão da classe trabalhadora por assistência médica individual (ITO et al., 2006).

Fundada em doze de agosto de 1926, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, desde sua criação, envolveu-se com as questões relativas . Criada em 1945, a Divisão de Ensino de Enfermagem da ABEn, posteriormente designada Divisão de Educação, ocupou-se em estudar os assuntos relacionados ao ensino de Enfermagem por meio do currículo teórico e estágios para a formação da enfermeira e normatizar a formação de auxiliares de Enfermagem (VALE; FERNANDES, 2006).

No final da década de 1970, começo da década de 1980, percebeu-se mobilização no sentido de envolver a categoria no debate em torno das bases teórico-metodológicas, implícitas nas questões de formação de pessoal para exercer a Enfermagem. Buscou-se chamar a atenção para suas dimensões técnico-científicas, políticas, éticas e legais, na perspectiva de desenvolver a cultura do comprometimento com as questões sociais a partir da elaboração de propostas coletivas e legitimadas, a princípio, no âmbito da representação profissional da categoria.

Em 1986, aconteceu a 8ª CNS, cuja chamada “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” foi considerada marco para a introdução do SUS na CF de 1988. Nesse ano, ocorreu também a Regulamentação do exercício profissional da Enfermagem com a Lei Nº 7.498, de vinte e cinco de junho de 1986 (BRASIL, 1986c) e realizou-se a eleição para a Assembléia Nacional Constituinte, instalada em 1º de fevereiro de 1987.

No contexto de importantes contestações políticas e de participação popular, a ABEn-Nacional se credencia para fazer parte na construção da política de Educação em Enfermagem, articulada às lutas gerais da sociedade, de outras categorias profissionais do setor de Educação e Saúde, em franco engajamento com os propósitos da Reforma Sanitária Brasileira, no sentido de desenvolver propostas de trabalho para a Enfermagem derivada de novas políticas de produção de conhecimentos rumo à nova legislação (MOURA A. et al., 2006).

A partir de suas considerações da Educação como bem público, na perspectiva do PPP consubstanciado em diretrizes curriculares construídas coletivamente, a ABEn Nacional assumiu a liderança nesse processo e tornou-se articuladora da participação organizada da Enfermagem para a deflagração do movimento de discussão em todo o país, no intento de reestruturar o ensino de Enfermagem rumo a nova ordem.

Para tanto, a ABEn se organiza em torno do Movimento Participação (MP) pela emergência de envolvimento da categoria no interior da entidade e propõe a superação do modelo de organização profissional fundado e consolidado em bases reconhecidamente conservadoras. Membros do MP, na direção da ABEn, elaboraram, junto à categoria, a concepção de Enfermagem como prática social e parte do trabalho coletivo em saúde, o que foi compartilhado por enfermeiros docentes e de serviços, e por discentes de Enfermagem, com importante articulação entre as entidades representativas da categoria para criar, em nove de dezembro de 1988, no 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) em Belém-PA, o Fórum Nacional de Entidades de Enfermagem (MOURA A. et al., 2006).

Ao introduzir essa nova concepção da Enfermagem como trabalho, o MP desperta na categoria a consciência política, intelectual e moral a partir do entendimento da Enfermagem como "produto do processo histórico", e, em virtude disso, traz no seu contexto visões de mundo e contradições construídas no passado, o que contribui para que a grande parte de trabalhadores da Enfermagem atue sem se apropriar da teoria que sustenta sua ação, na constante relação binária entre teoria e prática e na persistente passividade política (MOURA A. et al., 2006).

Esse movimento integrado resultou na estruturação e aprovação dos “Subsídios para a elaboração de proposta de Currículo Mínimo para a formação do Enfermeiro” como processo de ensino-aprendizagem crítico, reflexivo e participativo, apresentados e reformulados, após

intensas discussões, no “I Seminário Nacional Sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro”, realizado em Niterói-RJ, no período de dez a doze de abril de 1989.

Após passar por vários fóruns da categoria, para legitimação e sistematização de suas recomendações, a proposição chega à SESu/MEC, em setembro de 1991, e sofre alterações importantes em seu conteúdo definida como currículo mínimo, pela Portaria 1.721 do MEC, de quinze de dezembro de 1994 e homologada pelo Parecer 314/94 do então Conselho Federal de Educação (CFE) (BRASIL, 1994b). Este novo formato, modificado, não contemplou os anseios da categoria, o que motivou a continuidade da mobilização nacional, fato que estimulou o surgimento dos Fóruns de Escolas de Enfermagem também nos Estados, intermediados por suas estruturas de articulação ligadas às ABEn Seções/Regionais (MOURA A. et al., 2006).

Legado que resultou em conquistas importantes para o ensino em Enfermagem, a exemplo do 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), “Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil” realizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de dois a seis de maio de 1994 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1994).

O SENADEn configurou-se em espaço estruturante de debates em torno de nova forma de desenvolvimento profissional e preocupações com a construção da Educação em Enfermagem. Surgiram propostas e estratégias para aperfeiçoamento do processo de ensino, na direção da emancipação e da construção de saber inovador compartilhado coletiva e democraticamente, para superar o saber puramente biomédico, na intenção de novo modelo de assistência, nova forma de organização do processo de trabalho, novas formas pedagógicas e na participação ativa dos trabalhadores de Enfermagem enquanto atores sociais (MOURA A. et al., 2006).

Em 1996, em virtude da LDB Nº 9.394, que define os princípios e os fins da Educação, há inovações e mudanças na Educação nacional mediante a previsão de reestruturação dos cursos de graduação e, conforme o Parecer 776/97 – MEC/CNE (BRASIL, 1997a), isto demandaria nova configuração dos currículos para que se assegurasse a flexibilização do ensino, a otimização das estruturas e fluxos dos cursos, assim como a atualização de técnicas e conteúdos, na direção da capacitação de profissionais competentes e competitivos para inserção no mercado de trabalho.

No intuito de estabelecer novas diretrizes para a Educação em Enfermagem em conformidade com os pressupostos estabelecidos pela LDB Nº 9.394/96, aconteceu o 2º SENADEn, “Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil”, em Florianópolis-SC no período de oito a onze de setembro de 1997 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

ENFERMAGEM, 1997). Neste momento, reafirmou-se a preocupação da ABEn Nacional com o estabelecimento de diretrizes para a Educação de Enfermagem e suas relações com a realidade brasileira.

No Relatório Final constaram problemas que persistem e afetam a formação: a falta de articulação entre os três níveis de ensino (auxiliar, técnico e superior), bem como a falta de articulação entre as entidades representativas da Enfermagem e as instituições formadoras, o que dificulta intervenção compartilhada na realidade. Moções de repúdio foram subscritas para mobilizar a categoria em torno de questões como a precarização das relações de trabalho na Enfermagem e a privatização da Saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1997).

A despeito de a categoria apresentar o PPP pensado para Enfermagem como parte da solução dos problemas, diante das recomendações da LDB Nº 9.394/96, referenda aquela proposta de currículo mínimo de 1989 como Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação em Enfermagem, com possíveis ajustes à recuperação do texto original (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1997).

O 3º SENADEn sobre “As Diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB”, aconteceu na cidade do Rio de Janeiro no período de vinte e três a vinte e seis de março de 1998 e pautou suas discussões, no escopo da LDB Nº 9.394/96, para a formulação de novas propostas a serem incorporadas às diretrizes para o ensino dos profissionais de Enfermagem, em substituição ao currículo mínimo, ainda em vigor (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1998).

O mote do evento esteve relacionado com a chamada do Edital Nº 4 de dez de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997b) do MEC, por intermédio da SESu, no intuito de convocar as IES a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, as quais seriam posteriormente elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. Neste momento foram discutidas as questões relacionadas com o ensino da Enfermagem pautado no perfil e nas competências do enfermeiro, enquanto desdobramento do modelo de enquadramento apresentado pelo MEC por meio da proposta de Parâmetros Curriculares Nacionais como pela definição de Diretrizes Curriculares para o Ensino Superior, já em discussão no CNE (MIRANDA, 2010).

Em dezembro de 1998, foram divulgados os primeiros documentos-síntese elaborados pela Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESu/MEC, que prevê o perfil de profissional generalista, crítico e reflexivo, com competências políticas, técnicas, científicas, éticas, sociais e educativas. Em julho de 1999, a proposta relativa às Diretrizes do Ensino em

Enfermagem, com base nas contribuições das IES e da ABEn Nacional e considerações ao modelo de enquadramento das propostas de Diretrizes Curriculares formuladas pelo Departamento de Políticas de Ensino Superior da SESu/MEC, estabelece que:

A constituição da estrutura do curso deverá garantir os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade (incluindo as disciplinas obrigatórias e optativas) e pluralidade no currículo, assim como a possibilidade de opção do corpo discente. Deve haver no currículo a possibilidade de opção por conteúdos que gerem competências específicas (**habilitações**) (grifo nosso) nas seguintes grandes áreas de formação: bacharel, formação aplicada – profissional, formação de docentes e formação de pesquisadores perfazendo um mínimo de 500 horas por habilitação. (BRASIL, 1999)

Podemos observar que esta proposta não assume compromissos com a formação integral do profissional e capitula nos avanços já conquistados pela Enfermagem com a retomada de antigas posturas, a exemplo das habilitações, que desde muito contraria o projeto de Educação da Enfermagem já construído coletivamente ao longo dos últimos anos. Percebe-se a relação binária entre ensino e pesquisa, além da tentativa de inserir nova lógica com a utilização de velhas práticas para o ensino das profissões, com a flagrante incorporação de mecanismos que propunham a aplicabilidade e a funcionalidade da qualificação tecno-mecanicista, na busca de formar especialistas para o mercado de trabalho em franco retorno à teoria do capital humano (MOURA A. et al., 2006).

Esse descontentamento deflagrou processo de discussão na categoria que culminou, em 1999, no 51º CBEn promovido pela ABEn Nacional, e 10º Congresso Panamericano de Enfermería, realizados em Florianópolis – SC, onde a Reunião do Fórum Nacional de Escolas de Enfermagem, deliberou por apresentar o documento intitulado “Carta de Florianópolis” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999), considerada como o PPP da Enfermagem que congrege a consolidação de posicionamento nacional da categoria em contraposição ao documento que trata do enquadramento das diretrizes. Por meio deste documento a categoria divulga sua interpretação da proposta:

Um texto técnico, desprovido de compromissos com a concretização de uma política educacional efetiva, ignorando todo um processo de discussão e produção democrática sobre o modelo pedagógico de ensinar e aprender em enfermagem. Ademais, a interpretação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, expressa no modelo de “Enquadramento das Diretrizes Curriculares” põe em risco os eixos norteadores da proposta político-pedagógica construídos coletivamente durante as décadas de 80 e 90. E ainda retoma o caráter de decisão centralizadora e especializada, desconhecendo a força dos atores sociais na consolidação de projetos que são de interesse coletivo. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999, p. 2)

Formulações de proposições coletivas incrementaram, deveras, a força do movimento para a organização educacional em Enfermagem, ao apresentar resistência ao “Enquadramento

das Diretrizes Curriculares” anteriormente apresentadas, esse movimento conseguiu influir nas decisões políticas da SESu/MEC e em suas instâncias de deliberação. Por ocasião do 52º CBEn, realizado em Recife – PE , em 2000, a recém empossada Comissão de Especialistas em Enfermagem aprovou, na íntegra, a “Carta de Florianópolis” e encaminhou-a à SESu/MEC, o que veio a se constituir nas atuais DCN/ENF, já excluídas as habilitações, ênfases e a possibilidade de oferta de cursos sequenciais:

A formação do bacharel generalista, crítico e reflexivo. Entende-se por generalista o profissional que é capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Esse bacharel deve possuir competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999, p. 5).

Os catorze SENADEn contribuíram para o avanço do processo de construção coletiva na Educação em Enfermagem, em articulação da ABEn Nacional, por meio de seus órgãos deliberativos, Assembleia Nacional de Delegados (AND) e Conselho Nacional da ABEn (CONABEn) e as instituições formadoras, sustentáculos à sua representação junto aos órgãos oficiais de Educação e Saúde. Tal serviu-se da socialização dos conhecimentos e das informações, estimularam discussão de novas práticas e possibilidades de mudanças na formação da Enfermagem.

O processo de construção coletiva e a apreensão crítica das atuais DCN/ENF foi eixo estratégico que evidenciou potencial para mobilizar atores rumo às mudanças, nos sujeitos e na geração de projetos pedagógicos contextualizados nas necessidades dos usuários do SUS, efetivamente inseridos na cultura das instituições formadoras e dos cursos, em todas as regiões do país (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2005).

Nesses contextos, foram abordadas, inovadas, compartilhadas e divulgadas importantes questões sobre o ensino de Enfermagem e sua prática social. Considerou-se a politização e otimização dos recursos humanos como desafio à elaboração e implementação de mudanças, e a humanização da assistência à saúde foi reconhecida como elemento fortalecedor da relação entre ensino e prática de trabalho. Esta, apontada sob a perspectiva da intersubjetividade, do envolvimento de emoções e sentimentos no cuidado de saúde, o que significa encarar o desafio da integralidade da assistência para além dos princípios do SUS.

Em 2001, o CNE substituiu, definitivamente, o conceito de currículo mínimo para as profissões superiores pelo conceito de diretrizes curriculares, em cujo parecer defende que o conceito de saúde presente no contexto da Saúde Coletiva e os princípios e diretrizes basilares do SUS são elementos fundamentais a serem considerados e enfatizados na articulação da

política de Educação Superior com a política de gestão da Saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

E, para atender às necessidades sociais da Saúde com ênfase no SUS, nas DCN/ENF, Resolução CNE/CES nº 3, de sete de Novembro de 2001 (BRASIL, 2001a), constam que suprir as necessidades sociais de saúde significa assegurar integralidade da atenção, qualidade e humanização no atendimento. Em consideração às significativas mudanças decorrentes das transformações no quadro político, econômico e social que requerem mudanças também no contexto da Educação e da Saúde no Brasil e no mundo:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior. (BRASIL, 2001a)

Quanto ao perfil do egresso do curso de Graduação em Enfermagem:

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (BRASIL, 2001a)

Ao deparamos com os textos das DCN/ENF que elencam, para o perfil do egresso, o senso de responsabilidade social, o compromisso com a cidadania e com a saúde integral do ser humano, precisamos lembrar que, historicamente, as mudanças curriculares no ensino de Enfermagem no Brasil, estiveram coadunadas à adequação da formação dos enfermeiros aos interesses do mercado de trabalho. O desafio está posto, no sentido de transpor o foco desses interesses e inserir efetivamente os enfermeiros no sistema de saúde, comprometidos com as transformações exigidas pelo exercício da cidadania, questões estas, que ultrapassam aquelas inerentes à simples elaboração de PPP dos Cursos de Graduação em Enfermagem (ITO et al., 2006; SANTOS S., 2006).

Esses contextos de lutas travadas pela categoria em busca de novas perspectivas para a formação da Enfermagem, foram resultados de construção coletiva que buscou integrar a

Educação com a Saúde e apontou a necessária incorporação do arcabouço teórico do SUS em seus PPP. A partir da visão de mundo ancorada na concepção emancipatória de atuação dos sujeitos no processo educacional, na sua vida cotidiana e no trabalho, foram possíveis importantes conquistas, tanto na legitimação pela categoria e sociedade, quanto na construção de um novo arcabouço teórico-metodológico e legislativo.

Entretanto, o modelo pedagógico hegemônico para a formação dos enfermeiros mantém currículos centrados nos conteúdos, organizados em disciplinas, de maneira compartimentada e isolada, com os conhecimentos fragmentados em especialidades clínicas (PIMENTA; LIMA, 2004). O que torna o perfil do egresso previsto nas DCN/ENF – generalista, humanista, crítico e reflexivo – ainda objetivo a ser perseguido dentro da proposta da Enfermagem como prática social e suas contribuições para a construção do SUS e de seus princípios doutrinários, o que requer incrementação também nas políticas públicas intersetoriais entre a Educação e a Saúde. Nesta direção, nos alerta Batista (2012):

[...] A implantação das DCN, promulgadas há 10 anos, ainda é um desafio, especialmente no tocante a mecanismos efetivos de integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), resgate da dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, assumindo uma concepção ampliada de saúde. (BATISTA, 2012 p. 25)

## 2.5 O ESTADO E A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSETORIAIS (EDUCAÇÃO E SAÚDE)

Ao conceito ampliado de saúde, que considera os diversos fatores determinantes e condicionantes, tais como moradia, alimentação, meio ambiente, transporte, segurança pública, trabalho, renda e educação, subjaz à necessidade de ações intersetoriais. Enquanto prática de gestão na Saúde, a intersectorialidade permite que se estabeleçam espaços compartilhados de tomadas de decisão entre instituições e diferentes setores do governo capazes de favorecer políticas públicas que resultem em benefícios à saúde da população, portanto, a Educação na Saúde deve decorrer de movimento intersectorial (HADDAD et al., 2008).

O reconhecimento do conceito ampliado de saúde como um fenômeno socialmente determinado já constava do Relatório Final da 8ª CNS de 1986:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986a, p. 4)



No âmbito da Saúde, a intersetorialidade não é termo novo, construído paulatinamente pelos movimentos da APS e da promoção da saúde há alguns anos. Surge, como estratégia para a APS na Declaração de Alma-Ata, em 1978, quando se prescreve a articulação do setor Saúde com os demais setores sociais e econômicos da sociedade para intervenções na assistência, pois os problemas neste campo são complexos e o alcance de resultados efetivos requer esforços concorrentes (BRASIL, 2002b).

A OMS (2011) apresentou sua definição para Ação Intersetorial (AI) em Saúde: “trabalho integrado realizado entre setores com uma meta comum. No contexto da saúde, as AI são ações de impacto sobre a saúde realizadas por setores externos ao da saúde, possivelmente – mas não necessariamente – em colaboração com o setor saúde” (p. 44).

A intersetorialidade se caracteriza pela articulação de saberes e experiências prévias no planejamento, realização e avaliação de ações, para alcançar efeito sinérgico, cujo benefício advém do alcance do desenvolvimento social e da superação da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997). Considerada instrumento para a realização da promoção da saúde e da qualidade de vida, pois surge como possibilidade de solução articulada dos problemas dos cidadãos em sua totalidade e dimensões sociais (moradia, alimentação, meio ambiente, transporte, segurança pública, trabalho, renda e educação) (PAPOULA, 2006). É parte de

[...] uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da Saúde, de responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. (BRASIL, 2010b, p. 13)

Na apresentação da Política Nacional de Promoção à Saúde, o MS assegura que o compromisso do setor Saúde, na articulação intersetorial, está em evidenciar que são múltiplos os aspectos determinantes do processo saúde – adoecimento e, por isso, pertinentes a todos os setores da sociedade. É tarefa do setor Saúde convocá-los a considerarem a avaliação e os parâmetros sanitários enquanto elementos importantes para melhoria da qualidade de vida da população ao construírem suas políticas específicas (BRASIL, 2010b).

Neste propósito, desde o ano de 2001, o MEC e o MS formulam políticas conjuntas, destinadas a promover mudanças na formação e na distribuição geográfica dos profissionais de Saúde: DCN dos Cursos da Área de Saúde; PROMED (BRASIL, 2002a); EducarSUS (BRASIL, 2004e); AprenderSUS (BRASIL, 2004d); VER-SUS uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde (BRASIL, 2004f); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Polos de Educação Permanente (BRASIL, 2004c; 2005f), Pró-

Saúde (BRASIL, 2005b), PET Saúde (BRASIL, 2010a), Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005c), Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005c).

Esta integração das políticas ministeriais significa articulação entre as ações propostas e os procedimentos executados, com objetivos comuns que possam induzir as mudanças previstas, prestigiar as ações e indicar caminhos a serem seguidos pelas IES (BRASIL, 2009a). A articulação entre o MEC e o MS foi formalizada pela Portaria Interministerial Nº 2.118, de três de novembro de 2005 (BRASIL, 2005g), que instituiu a cooperação entre os dois ministérios para a formação e o desenvolvimento dos profissionais da Saúde, desde o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Isto já estava previsto na NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005e), que aponta como atribuição e responsabilidade dos gestores de saúde sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS nas três esferas de gestão:

[...] estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que **busque ajustar, qualitativa e quantitativamente** (destaque nosso), a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas. (BRASIL, 2005e, p. 53)

Tal implica, nos textos de políticas públicas para a formação dos profissionais de saúde, que responda às demandas e necessidades do SUS e implemente avaliação qualiquantitativa do processo para providenciais ajustes. Nessa perspectiva, a avaliação da Educação Superior prevista na Lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que instituiu o SINAES (BRASIL, 2004g), apresenta-se como conquista significativa no encaminhamento deste processo.

Respalado por finalidades que buscam a melhoria da qualidade da Educação, promoção dos compromissos e responsabilidades sociais das IES, respeito à diferença e à diversidade, além da afirmação da autonomia e da identidade institucional, o SINAES compõe-se de três processos de avaliação: avaliação institucional, avaliação de cursos de graduação e avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação, realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) (BRASIL, 2004g).

Neste envolvimento com a formação, aqui referido especificamente à área da Saúde, as avaliações do SINAES ajudam no cumprimento dos princípios definidos nas DCN dos cursos desta área, pois os critérios de avaliação do MEC constituem referencial básico dos processos de regulação e supervisão, aqui compreendidos: a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos de graduação. Isto pode ajudar a condicionar as IES mediante apreço às metas estabelecidas nas políticas públicas de Saúde para a elaboração de seus PPP em conformidade com as demandas do SUS.

Merece destaque, a criação da SGTES, que fortaleceu o debate sobre a necessidade de reorientação da formação profissional em Saúde a partir da abordagem integral da assistência, assim como a articulação entre as IES e os serviços públicos, na intenção de fortalecer o SUS. Na composição da estrutura da SGTES, o DEGES, na sua atuação para a mudança na graduação, buscou, inicialmente: (a) estabelecer relação de trabalho e sensibilização das IES e a integração destas com as secretarias municipais de saúde; (b) participar de debates específicos organizados por universidades de todo o País; (c) criar espaços junto às associações de ensino das profissões da Saúde para o debate das propostas de mudança; (d) aproximar, das discussões, os movimentos estudantis; bem como (e) articular diálogo com os movimentos sociais e de práticas de educação popular em saúde, que realizam a mediação pedagógica entre conhecimentos populares e conhecimentos acadêmicos em saúde (BRASIL, 2004e).

No intento da efetivação de ações conjuntas, houve avanço ainda mais significativo por ocasião do Decreto de vinte de junho de 2007 (BRASIL, 2007e), que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cuja função consultiva é estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a Saúde no Brasil, segundo critérios que relacionam a regulação de cursos superiores na Saúde à necessidade de oferta de formação em áreas prioritárias, em conformidade com as exigências locais e regionais.

Ficou assim regulamentado o disposto na CF de 1988 (BRASIL, 2000), que no Título VIII – Da Ordem Social art. 200, inciso III, atribui ao SUS a missão de ordenar a formação de recursos humanos na área da Saúde, em conformidade com as políticas nacionais de Educação e Saúde. A partir de então, operou-se significativa transformação, novo percurso na trajetória da Política Nacional de Saúde.

Neste momento, surgiram importantes contribuições de organismos internacionais, como a OMS, capazes de estabelecer referencial teórico para consubstanciar as decisões técnicas e políticas na consecução de novos projetos para a Saúde, no sentido de impor nova apresentação na formação dos profissionais e dos serviços.

A OMS criou, em 2007, Grupo de Trabalho para articular a melhor compreensão sobre a Educação Interprofissional (EIP) no contexto global, ao reconhecer sua importância como ferramenta capaz de ajudar a lidar com as mudanças provocadas pelas inovações das políticas públicas no setor e suas relações com a força de trabalho em Saúde. Produto desta força-tarefa, o Relatório *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* serve de guia para os países membros de como usar a colaboração interprofissional no intuito de contribuir com a formação de profissionais e equipes de saúde capazes de agir prontamente nas necessidades de saúde da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A educação interprofissional (EIP) ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde [...]. Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim. [...] A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 7)

Estas assertivas compõem o rol das Mensagens Principais no documento *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* publicado, em 2010, pela OMS (2010, p. 7), em propositura que considera a máxima “Aprendendo juntos a trabalhar juntos por uma saúde melhor” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 12) a partir da reformulação dos currículos, de forma a permitir interação de alunos de diferentes cursos da área da Saúde. Baseado nos princípios de aprendizado para adultos, nos métodos de aprendizado que refletem experiências da prática da vida real vivenciadas pelos alunos e na crença de que o ganho de conhecimentos (o que fazer), habilidades (como aplicar o conhecimento) e atitudes (discernimento de quando e como aplicar as habilidades) são incrementados pelo trabalho em equipe e trazem benefícios à comunidade. Tem como objetivo:

Apresentar aos formuladores de políticas ideias sobre como contextualizar o sistema de saúde existente, se comprometer em implementar os princípios da educação interprofissional e da prática colaborativa, e de promover os benefícios da colaboração interprofissional com seus parceiros regionais, educadores e profissionais de saúde [...] o que pode contribuir de forma positiva para alguns dos desafios de saúde mais urgentes do mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 11-14)

“A colaboração interprofissional intersetorial entre a Saúde e setores relacionados é também importante porque auxilia no alcance de determinantes de saúde mais amplos, como melhor moradia, água encanada, segurança dos alimentos, educação e uma sociedade sem violência” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 20). Iniciativas de EIP implementadas internacionalmente demonstram que tal intento evidencia ensino, prática e elaboração de políticas interprofissionais informadas, o que traz como consequência, a satisfação e maior empenho dos alunos, assim como a melhoria do desenvolvimento da prestação dos serviços assistenciais (HAMMICK et al., 2007; REEVES et al., 2013).

Assim, a OMS (2010) recomenda políticas de Saúde e de Educação integradas como mecanismos de apoio, a exemplo do que acontece em países como Inglaterra e Canadá, nos quais observa-se tendência à mudança nas políticas de Saúde que direcionam as universidades na formação de profissionais de saúde segundo os princípios da EIP nas salas de aula e na prática cotidiana dos serviços:

Os sistemas de Educação e de Saúde devem coordenar seus esforços visando garantir que a futura força de trabalho de saúde seja composta de profissionais com a devida qualificação, alocados no local e momento certos. As instituições e os indivíduos que trabalham nos sistemas de educação e de saúde podem auxiliar a promover um clima de apoio à colaboração interprofissional. Ao desenvolver a prática colaborativa, os profissionais e os educadores de saúde devem debater como fazer a transição da educação para o ambiente de trabalho. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 31)

Esta orientação foi utilizada pelo MS para auxiliar na justificação de suas políticas para formação de pessoal de Saúde:

Realiza-se como educação interprofissional, onde estudantes de diferentes formações e que estão em diversos períodos em suas graduações, mediados por professores de várias formações e profissionais dos serviços, aprendem e interagem em conjunto visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades. Valoriza o trabalho em equipe, a integração e as especificidades de cada profissão. (BRASIL, 2013)

Conquanto a EIP na Graduação dos Cursos de Saúde seja considerada elemento importante no preparo de profissionais aptos para o trabalho em equipe e na condução da integralidade no cuidado<sup>41</sup>, ainda não constitui realidade no contexto de saúde brasileiro (BATISTA, 2012; PEDUZZI et al., 2013). Há que se investir no estabelecimento de relações articuladas entre as IES, os serviços públicos de saúde, os usuários dos serviços e seus fóruns participativos para potencializar respostas favoráveis às necessidades concretas de saúde da população brasileira, mediante implantação de políticas de Educação e Saúde elaboradas, executadas, avaliadas e validadas no contexto da intersetorialidade.

---

<sup>41</sup> Edital MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT Nº 23/2006: A Educação Interprofissional na Graduação em Saúde: preparando Profissionais para o Trabalho em Equipe e para a Integralidade no Cuidado.



## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para proceder aos resultados e discussão utilizei os capítulos III, IV e V. Primeiramente, realizei análise crítica no capítulo III a partir de pesquisa bibliográfica, na possibilidade de compreender o **contexto de influência** que deflagrou a política. Nos estudos dos referenciais inerentes ao **contexto de influência**, minhas atenções concentraram-se nos ideários que foram postos no âmbito dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde, de forma a perceber como esses discursos foram construídos e incidiram sobre as reformas curriculares para a formação em Saúde no Brasil. Considerei sua vertente nacional e global/internacional, essas últimas, importantes para compreender o rumo das políticas de Educação em Saúde, tendo em vista suas influências na regulação e governação da Educação. Da mesma forma, mostrou-se útil a identificação e definição dos grupos que mais influenciaram nos discursos de mudança, as vozes presentes, principalmente com relação à formação dos enfermeiros.

Em seguida, no capítulo IV, o **contexto de produção do texto** exigiu leitura de cada documento. As análises documentais relacionadas ao **contexto de produção do texto** envolveram levantamentos das circunstâncias políticas e ideológicas, assim como do marco legal e normativo para a justificação dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde, enquanto política intersetorial de governo, na intenção de compreender seus percursos. Foram analisadas as DCN/ENF (BRASIL, 2001a) e o documento relacionado às diretrizes nacionais para implantação do Pró/PET-Saúde, o Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial (BRASIL, 2009a). Realizei a primeira seleção de segmentos textuais nos documentos eleitos, correspondentes às questões da construção dos textos, sua interface com a saúde pública e as ações conjuntas entre os MS e MEC para a formação do enfermeiro generalista. Em seguida, procedi a sua organização por contexto, de forma a possibilitar o início da análise e identificar de que forma foram escritas as políticas representadas, quais discursos predominaram, as influências e interesses nelas inscritos e possíveis inconsistências, bem como o reconhecimento de outras apresentações que a política tomou e quem foram seus respectivos destinatários.

Os resultados empíricos do estudo no **contexto da prática**, capítulo V, foram construídos a partir da análise das entrevistas e exigiram leitura atenta de cada entrevista. Procedi a seleção dos segmentos textuais que respondiam às questões orientadoras na exploração dos contextos da abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*), cujo guia foi adaptado do modelo proposto por Mainardes (2007). Para desenvolver a análise, privilegiei as interpretações e recriações realizadas a nível local (organizacional e pessoal), bem como os motivos e consequências que pudessem representar possíveis rejeições, alterações e



transformações significativas nas propostas políticas originais. Procurei compreender os papéis das professoras, preceptoras, alunas e de suas biografias na construção das implantações locais dos programas, diante da perspectiva de adequações curriculares para mudança na formação profissional dos enfermeiros. Da mesma forma, considerei investigar possíveis interferências do **contexto da prática**, em operação de “retroalimentação”, para influenciar os dois contextos anteriores.

Desta feita, a triangulação de coleta de dados permitiu-me não só descrever os processos de construção das políticas inerentes ao Pró-Saúde e PET-Saúde, mas também identificar os padrões de mudança no ensino teórico e na prática do cotidiano do estudante de Graduação em Enfermagem e os elementos que contribuíram para este processo, relacionados ao pessoal e biográfico, em propositura compreensiva e crítica, corroborada pela articulação entre hermenêutica e dialética.

Todas as fontes de informações e coleta de dados (documentos e entrevista) do **contexto de produção do texto** e **contexto da prática** foram submetidas à análise norteada pelos elementos da metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin (2007). Desdobrei o material em três etapas: 1) pré-análise (leitura flutuante do material); 2) exploração do material (codificação, a partir das UR e unidade de contexto identificada); e 3) tratamento dos resultados e interpretação.

Os trechos significativos dos documentos e das falas das entrevistadas foram classificados em categorias e subcategorias, considerei o tema como unidade de análise para interpretação de acordo com os referenciais teóricos e metodológicos norteadores desta tese. Para a classificação dos elementos em categorias, foi preciso identificar o que os textos apresentaram em comum, no sentido de permitir seu agrupamento (BARDIN, 2007). Assim, com o recurso da categorização, os temas se posicionaram e permitiram a análise deste estudo.

## O CONTEXTO DE INFLUÊNCIA DA POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DO PRÓ-SAÚDE: OS DISCURSOS POLÍTICOS E A MUDANÇA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego, repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico- instrumental abre caminho para a razão cordial, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. A centralidade não é mais ocupada pelo *logos* razão, mas pelo *pathos* sentimento [...]. A partir desse valor substantivo emerge a noção de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade. (BOFF, 1999, p. 47)

Nos estudos de Thomas Popkewitz (1997), acerca da reforma educacional, enquanto prática política e social, o autor chama a atenção para o fato de os discursos<sup>42</sup> políticos sobre a Educação aparecerem configurados naquilo que os cidadãos comuns lhe atribuem, como seu objetivo maior, o aperfeiçoamento da sociedade. E, acrescenta, na Educação, ao confluírem todas as grandes aspirações sociais, sob a forma de os sonhos milenares da humanidade, esta se constitui lugar onde se tornam possíveis as missões democráticas da sociedade, a eliminação dos efeitos da pobreza e a criação das bases tecnológicas e científicas da riqueza material dos indivíduos e dos povos.

Popkewitz (1997) afirma que essas reformas educacionais estão postas como instrumentos que objetivam promover o desenvolvimento econômico e as mudanças nos padrões culturais, em face do escopo de “solidariedade nacional” (p. 21). Diante da constatação de que a Educação não atende a essas expectativas, o discurso político volta-se em geral para o tema da reforma, que, para Popkewitz (1997), apresenta-se como ritual e retórica, destinados a fazer com que a instituição escolar assuma aparência mais responsável, progressista e eficiente, com conseqüente capacidade de superar as suas limitações e contradições. O discurso sobre a reforma assume, então, o objetivo de desenvolver naqueles diretamente envolvidos, professores e estudantes, assim como na opinião pública, a imagem de instituição que responde às potencialidades de modernização e legitima novas relações de poder.

Todavia, na prática, novas políticas são adicionadas ou sobrepostas às antigas, com o efeito de que as inovações e novos princípios sejam mescladas e confundidas com as velhas lógicas e práticas anteriores (BALL, 2008).

Ao considerar as questões relacionadas aos processos de mudanças em educação, Goodson (2008a) defende a necessidade de se investigar as circunstâncias históricas em que as

---

<sup>42</sup> Popkewitz (1997) utiliza a palavra discurso para enfocar as características textuais e da linguagem das reformas de ensino contemporâneas (p. 35).

forças da mudança surgem para, a partir daí, avaliar seu potencial como progressista ou conservador. O autor prevê três diferentes segmentos nesses processos: (a) o interno, que opera em ambiente escolar para iniciar a mudança e depois busca legitimação em arcabouço externo; (b) o externo, que promove a mudança de fora da escola e de cima para baixo; e (c) o pessoal, que inclui as crenças e perspectivas pessoais que os indivíduos buscam para a mudança. No entendimento do autor, da integração e associação desses segmentos, depende a aquisição de força do movimento social subjacente à mudança educacional.

Neste mesmo sentido, Ball (1994) reconhece a importância da análise do Estado nas políticas de currículo, mas estas não se limitam à perspectiva do controle estatal, pela acentuada circulação e recontextualização de múltiplos textos e discursos, nos contextos de produção de políticas, o que lhes conferem constantes tensões. Essas recontextualizações impõem que as formas e finalidades das políticas produzidas localmente sejam heterogêneas, transferem múltiplos sentidos ao global e evidenciam articulação entre global e local (BALL, 2001b).

Mesmo assim, o **contexto de influência** apresenta-se com certo grau de privilégio em relação aos demais contextos da abordagem do ciclo de políticas proposto por Ball e Bowe, pelo fato de esta categoria ser compreendida como o território em que as ideias de determinados grupos tornam-se hegemônicas, em relação a outras, por meio de disputas políticas. É neste contexto que, segundo Lopes e Macedo (2011) a política tem origem. Não obstante, as autoras afirmam que tentam evitar esta ideia de que as políticas são deflagradas no **contexto de influência**, já que há interlocuções entre os diferentes contextos e recontextualizações em cada um deles (LOPES; MACEDO, 2011).

Na perspectiva de Educação, enquanto prática política e social, recorro à compreensão de como se configuraram as interferências e influências das organizações governamentais nacionais nas propostas políticas educacionais na área da Saúde, com propósito de mudança na formação profissional. Desse modo, é viável iniciarmos os resultados e discussão sobre a aproximação da formação acadêmica dos enfermeiros com a realidade do sistema público de saúde, e, de qual forma, os discursos políticos emergiram e desenvolveram-se nesta intenção. Para Ball (2011), as políticas educacionais têm sido compreendidas como mercadorias, aproximando-se da tendência global da inserção da lógica do mercado no âmbito educacional. Tal constatação exige que reunamos forças alternativas de resistência à mercantilização da universidade (ALMEIDA FILHO, 2016).

### 3.1 APROXIMAÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS ENFERMEIROS COM A REALIDADE DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Neste momento, relacionado ao **contexto de influência**, os resultados e discussão estão amparados em conceitos centrais inseridos nas políticas de formação profissional em saúde: integralidade, equidade, concepção ampliada de saúde, neoliberalismo, APS/AB, DCN/ENF e interdisciplinaridade.

A formação profissional dos enfermeiros deve estar em consonância com o princípio da integralidade do cuidado, para atender a realidade do sistema público de saúde. O princípio da integralidade do cuidado constitui-se como eixo norteador da formação na área da Saúde, dele emanam discussões e reflexões basilares sobre os perfis dos profissionais que se pretendem formar. As modificações em nossa sociedade e nas políticas de Saúde são fatores determinantes, que exigem a construção de processos de formação de profissionais, aptos e engajados, para intervir na realidade de saúde da população.

Ao mesmo tempo, a integralidade consiste em um dos princípios do SUS que tem merecido pouca atenção por parte da academia. Atraso centenário pode ser constatado nos modelos de formação em Saúde, para dar conta dos desafios na construção e consolidação do SUS em nosso país, pelo que é preciso considerar a necessária transformação estrutural dos processos de formação, como espaço para a multirreferencialidade e para efetiva integração interdisciplinar e interprofissional associados à realidade de saúde (ALMEIDA FILHO, 2014).

Dentre as mudanças necessárias para que o princípio da integralidade da assistência à saúde seja incorporado ao campo educacional, evidenciam-se a substituição de paradigma na concepção de saúde, a necessidade de integração entre serviços e universidades, que objetivem reorientar os cursos para a aproximação com a realidade, bem como contar com estruturas curriculares, docentes e conteúdos que contemplem práticas pedagógicas dinâmicas, que integrem os estudantes e os reconheçam como sujeitos ativos de sua aprendizagem (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Neste sentido, o SUS tem apresentado importantes influências, por meio de forte pressão política em favor da substituição do padrão de assistência reducionista vigente na educação profissional, orientado para a doença, centrado no hospital e voltado para a especialização, por outro mais humanista, direcionado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido, ao mesmo tempo que ainda permanece dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior (ALMEIDA FILHO, 2011).

Na adversidade conjuntural dos anos de 1980, a precariedade das condições sociais e a escassez de acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, repercutiram expressivamente. Vieira (1991) descreve algumas proposições deliberadas em debates da OPAS: (a) conversão do setor

Saúde em meta para o desenvolvimento econômico; (b) ampliação do uso de tecnologias simplificadas; (c) investimento institucional em recursos humanos e materiais para melhoria dos indicadores de saúde, a exemplos da redução da mortalidade infantil, elevação da expectativa de vida ao nascer e controle de doenças imunopreveníveis.

Com o processo de redemocratização do Brasil e a CF de 1988, o direito à saúde foi alçado à categoria de direito subjetivo público. Houve o reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado tem o dever de garantir a saúde do indivíduo e da coletividade por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde.

A visão epidemiológica da questão saúde – doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos, culturais, geradores de enfermidade, passou a integrar o direito à saúde. Essa concepção ampliada de saúde, a define como um estado de harmonia e equilíbrio funcional do corpo, considera, sobremaneira, suas determinações (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, segurança pública). Afinal, o conceito de saúde envolveria ações intersetoriais e multiprofissionais.

Na lei Nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes aparecem entre os princípios do SUS, quais sejam: a universalidade e a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Esta perspectiva vinha de encontro aos pressupostos elaborados tanto por organizações internacionais de natureza governamental e financeiros internacionais, como por parte da intelectualidade brasileira, a partir dos anos de 1980.

Um desses organismos financeiros, o BM, tem se preocupado muito mais com proposições de diretrizes e orientações para as políticas nacionais no setor Saúde, que objetivam importantes reformas, como o racionamento da atenção médica e o controle de custos, do que com o financiamento de projetos ou programas que possam agregar elementos qualiquantitativos aos serviços de saúde, em nível nacional (RIZZOTTO, 2000).

Enquanto ideário político e cultural, que ganhou grande expressão no final do século XX, o neoliberalismo passou a investir contra a concepção de política pública expressa na criação do SUS, desqualificou a pretensão de universalidade e de integralidade, pela crítica em garantir serviços a grupos que poderiam pagá-lo e por sua provável inviabilidade econômica (CAMPOS G., 2006; RIZZOTTO, 2000). Em contrapartida, recomendava programas pontuais, dirigidos especificamente aos segmentos mais pobres da população e à consolidação do setor Saúde como importante mercado para o investimento do capital privado. E, quanto mais as

políticas nacionais apresentam-se em consonância com as diretrizes gerais que configuram o quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional, mais facilmente se conseguirá respaldo político internacional (RIZZOTTO, 2000).

[...] não se pode negar que determinadas políticas do Ministério da Saúde se aproximam das orientações do Banco Mundial, e seguem a lógica da proposta de reforma do Estado brasileiro. Podemos recuperar como exemplo, dentre outros, a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família, dirigidos para as populações mais pobres. (RIZZOTTO, 2000, p. 216)

Foi nesse contexto que, mais tarde, a distribuição homogênea de bens e serviços de saúde foi substituída pelo conceito de equidade, que leva em consideração o fato de as pessoas serem diferentes e, portanto, possuírem necessidades diversas. Assim, foi estabelecido parâmetro de distribuição heterogênea. O termo equidade ganhou visibilidade política na América Latina por meio da apropriação do conceito feito pela corrente neoliberal, que reduziu sua abrangência e tratou de utilizá-lo, apenas, no sentido que lhes interessava, no caso, difundiram pensamento que reduzia a equidade à diminuição da pobreza (CAMPOS G., 2006; RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011).

Entretanto, existem outras categorias classificatórias de prioridades para a atenção à saúde que são considerados pelo SUS. A exemplo dos conceitos de risco ou de vulnerabilidade, que inclui o social, ou econômico, aos quais se acrescentam os riscos subjetivos e biológicos. Autores como Viana, Fausto e Lima (2003) chamam a atenção para o fato de que a OMS contribuiu, de fato, para a imputação da compreensão do conceito de equidade mais abrangente do que aquela defendida pela corrente neoliberal.

A estratégia formulada pela OMS e denominada "*Saúde para todos no ano 2000*", estabeleceu a relação entre o conceito de equidade ao de promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade de saúde. Estabeleceu, ainda, que o acesso aos serviços, à proteção sanitária e à APS deveriam ser garantidos independentemente de raça, gênero, condições sociais, econômicas e culturais (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Assim, a OMS passou a ser a maior difusora do ideário da APS e o BM o maior financiador das políticas respaldadas nessa abordagem (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

No intento de prevenir doenças nas comunidades, a APS tornou-se atividade prioritária e prescritiva por todos os organismos nacionais e internacionais de Saúde. Desde 2003, a OPAS conduz iniciativas para revigoração da APS, como demonstra o documento "*Renovação da*

*Atenção Primária em Saúde nas Américas*” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005), baseado nos legados de Alma-Ata e no movimento de APS. Este documento avalia os resultados obtidos com a APS a partir das experiências de reformas do setor Saúde nas Américas e na Europa e atualiza alguns elementos essenciais para a construção de sistemas de saúde consubstanciados na APS, pressupondo-os como necessários para lidar com as questões da saúde nas Américas.

Nesse cenário de redefinição das políticas públicas de Saúde e comprovada a inadequação do modelo assistencial até então vigente, o trabalho dos enfermeiros aproximou-se das ações de saúde de cunho preventivo, consubstanciadas na utilização de tecnologias simplificadas, onde, o contato direto com os usuários dos serviços se transformaria no centro das ações a serem desenvolvidas no contexto individual, familiar e comunitário. Mesmo considerada opção para a extensão dos cuidados de saúde a maior número de pessoas, algumas críticas foram direcionadas à APS, como as proferidas por Rizzotto (2000):

No campo da saúde, parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas “necessidades básicas” de saúde.[...] Parece que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e, para os outros, os mais privilegiados, os que tem acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZZOTTO, 2000, p. 243).

Segundo Cueto (2004), a esquerda acadêmica na América Latina também contribuiu com significativas críticas, uma delas assegurava que a palavra “primária” significava atenção “primitiva” à saúde e, a APS, era apenas meio de controle social da pobreza. Ou ainda, a oferta do mínimo de serviços de saúde aos cidadãos mais pobres, enquanto aqueles que possuísem condições socioeconômicas mais favoráveis poderiam comprar os produtos de saúde no mercado público ou privado (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; MERHY; ONOCKO, 2002).

No âmbito do SUS, respaldada na intenção de “construir identidade institucional própria, capaz de estabelecer ruptura com a concepção redutora desse nível de atenção” (BRASIL, 2003c, p. 7), o nível de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS denominou-se Atenção Básica e incorporou no seu campo conceitual várias características inerentes à APS.

A despeito dessas disputas, a APS foi um novo campo que se abriu para o trabalho dos enfermeiros. A Enfermagem, impulsionada na direção de mudanças, adaptações e reformulações impostas pelas políticas públicas de saúde em andamento, se deparou com

desafios que deveriam ser transpostos. A profissão necessitava aperfeiçoar sua forma de trabalho, ainda incipiente diante das necessidades de saúde que emergiram face à nova política, surgida na área da Saúde, integrar-se aos problemas da sociedade, delimitar seus espaços perante o sistema de saúde em suas novas formas de organização e repensar criticamente o seu papel (MENDONÇA, 2009).

Nessa perspectiva, a Enfermagem validou algumas propostas de mudanças na sua atuação, enquanto corpo profissional, frente às necessidades de saúde da população, cujo objetivo era preparar os enfermeiros para ocuparem os espaços que se abriam na AB, a partir da articulação entre as instituições formadoras e as instituições prestadoras de serviços. Na tentativa de ajustar a formação profissional às demandas dos postos de trabalho, enfatizou sua estreita relação com a sociedade e validou posição focada no conhecimento político-científico (MENDONÇA, 2009; SILVA et al., 2012).

Essas modificações no entendimento da origem do adoecimento das coletividades, contribuíram para discussões no âmbito das IES, especialmente nos Cursos de Graduação em Enfermagem, que, na intenção de adaptação ao que se apresentava, revisaram seus currículos, na busca de ensino mais adequado à realidade da sociedade brasileira (MENDONÇA, 2009). A ideia estava centrada na formação do aluno, baseada em processos educativos mais amplos e problematizadores. Buscou-se no conceito da pedagogia das competências profissionais, termo que surgira há pouco, a ferramenta de preparo do aluno para enfrentar os novos desafios na prestação dos serviços que a complexa rede formada por instituições de saúde públicas e privadas iriam apresentar.

Nessa conjuntura, na procura por mudanças na forma de prestar assistência à saúde das populações, países da América Central, Canadá, Colômbia, Venezuela e Brasil já demonstravam experiências com estratégias utilizadas para a ampliação da cobertura de saúde, incrementaram políticas públicas baseadas na utilização das ações primárias, com preconização do uso de tecnologias simplificadas e serviços prestados por profissionais com formação generalista.

Desta feita, as DCN/ENF (BRASIL, 2001a) apresentaram potenciais respostas às necessidades de saúde da sociedade que se mostravam. Estabeleceram como perfil profissional o enfermeiro generalista, humanista e reflexivo e classificaram, no art. 4º, as competências e habilidades para a formação do enfermeiro: (a) *atenção à saúde*, prioridade para as ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, nos níveis individual e coletivo; (b) *tomada de decisão* fundamentada na capacidade para avaliar, sistematizar e eleger as condutas mais adequadas, técnica e cientificamente, para a resolução de problemas; (c)



*Comunicação* com apreço pelos princípios de acessibilidade e confiabilidade; (d) *Liderança* no trabalho em equipe multiprofissional, por meio de empatia e habilidade para tomada de decisões; (e) *Administração e gerenciamento* da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, no sentido de desenvolver aptidão para o empreendimento, gestão e liderança da equipe de Saúde; (f) *Educação permanente*, por meio do aprender a aprender e se comprometer não apenas com sua própria educação, mas também com os futuros profissionais e os profissionais dos serviços. A estas, são acrescentadas as competências e habilidades específicas, (a) *técnico-científicas*, (b) *ético-políticas* e (c) *sócio-educativas*.

Na perspectiva da aquisição dessas competências e habilidades para a formação profissional dos enfermeiros e para o atendimento às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, surge a previsão da liderança do enfermeiro no trabalho em equipe, para integrar as ações de Enfermagem às ações multiprofissionais (BRASIL, 2001b). Nesse momento, podemos apontar o conceito de interdisciplinaridade como fator influente no contexto político em favor da reformulação dos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Japiassu (1976) tece considerações sobre a interdisciplinaridade em contexto de reflexões profundas e inovadoras e sobre o conhecimento e o saber fragmentado que está posto no contexto educacional brasileiro. Para este autor, a interdisciplinaridade apresenta contraponto ao ensino tradicional, com o intuito de superar o isolamento entre as disciplinas e repensar o próprio papel dos professores e das instituições formadoras.

Fazenda (2008) defende que trata-se da busca por novos caminhos, no complexo processo de ensino-aprendizagem, o qual imprescinde de constantes reformulações de posturas frente ao conhecimento, em direção ao diálogo crítico e reflexivo do saber filosófico. A interdisciplinaridade não se faz por si mesma, é processo nunca completamente alcançado e, por isso, deve ser permanentemente buscado, compartilhado, construído e avaliado pela equipe de trabalho (FAZENDA, 2008; SANTOMÉ, 1998).

Apesar de avanços nos entendimentos políticos, e consequentes formulações de dispositivos legais, para Burgatti (2012) os cuidados de saúde ainda não respondem às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários do SUS. Segundo constata a autora, há descompasso entre a dimensão técnica ou instrumental, que envolve conhecimentos e habilidades, e a ética, que envolve atitudes e valores nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros:

A formação dos profissionais da Enfermagem está mais voltada para o desenvolvimento de capacidades e habilidades técnicas. A dimensão ética da competência é negligenciada ou não é claramente explicitada aos estudantes. As formas tradicionais de avaliação priorizam os atributos/recursos cognitivos e a prática de campo em geral está voltada para o desenvolvimento de habilidades. A reflexão

crítica sobre a ação desenvolvida é pouco oportunizada, muito menos avaliada (BURGATTI, 2012, Apresentação).

Em contrapartida, estudos apontam para mobilização no sentido de incorporar a interdisciplinaridade nos currículos de Cursos de Graduação em Enfermagem, em atenção às exigências das DCN/ENF. Mesmo sem configurar renovação radical, a reformulação em curso promove espaços de encontros disciplinares, projetando tendências de incorporação da interdisciplinaridade (CARVALHO V., 2007; GALINDO; GOLDENBERG, 2008).

Podemos considerar, que o conhecimento dos contextos sociais, enquanto instâncias onde se inserem e evidenciam as necessidades de saúde, revela a problemática das práticas, saberes e valores produzidos nos espaços institucionais, e nos ajuda a repensar na nossa atuação, individual e coletiva, frente à transformação da conjuntura vigente. Para tanto, precisamos nos apropriar da realidade, refletir, incorporar e compartilhar empenho de mudanças. Neste sentido, as IES apresentam-se como importante espaço político para o desenvolvimento de potencialidades rumo às mudanças na reorientação da formação profissional dos enfermeiros.

### 3.2 POTENCIALIDADES DO PRÓ-SAÚDE NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Ainda, na perspectiva de compreender o **contexto de influência** discutimos, neste tópico, os “**desenvolvimentos potenciais do Pró-Saúde**” constantes do *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a). São os seguintes: a **ênfase nos determinantes de saúde** e a **inversão do modelo assistencial do SUS**.

No âmbito da formação profissional em Saúde, prevalecem os modelos tradicionais, fragmentados em sua racionalidade, que desprezam os saberes compartilhados e, conseqüentemente, não preparam os futuros profissionais, técnica ou politicamente, para comprometimento em defesa da integralidade da assistência com vistas a atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Na formação profissional dos enfermeiros, as práticas pedagógicas foram historicamente empregadas pela abordagem tradicional de ensino, onde o professor transmite o conhecimento e o aluno reproduz acriticamente os ensinamentos, sem considerar suas implicações com a realidade (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Portanto, os desafios apresentados às IES são complexos e impõem persistente empenho na mobilização de esforços, no sentido de desmistificar a tradição que acompanha o desenvolvimento de profissões da Saúde ao longo dos tempos. Tradição essa, consolidada na forma de geração e disseminação do conhecimento e nas práticas profissionais que conferem prestígio e conduzem à formação especialista, que nos afasta cada vez mais da possível equidade no acesso aos serviços públicos de saúde.

Aqueles profissionais, cujos conhecimentos estão consubstanciados em áreas de atuação bem delimitadas, apresentam-se como os mais capacitados para oferecer cuidados de saúde. Daí a dificuldade de introduzir na formação do profissional de saúde, orientação mais geral e de maior interação humana, vistas, como de menor qualidade e menos seguras (BRASIL, 2009a).

No entanto, essa máxima precisa ser desconstruída na formação profissional dos enfermeiros. A elaboração dos PPP e de seus componentes de organização curricular devem privilegiar tanto competências técnicas e gerenciais, quanto éticas e políticas que sustentem as ações de cuidados de Enfermagem no âmbito individual e coletivo. Para tanto, a formação deve corresponder às necessidades dos processos de produção de serviços de atenção à saúde, na perspectiva do compartilhamento de saberes, da superação do modelo centrado nos procedimentos técnicos e na racionalidade burocrática, em sólida construção de relações de alteridade com os usuários e os serviços, capazes de interferir em suas capacidades para lidarem com as necessidades de saúde presentes e potenciais.

Conforme apresentado no capítulo I, surge o Pró-Saúde e, para contribuir com o processo de implantação desse Programa em âmbito nacional, os MS e o MEC, com a cooperação da OPAS, assumiram compromissos de apoiar, técnica e financeiramente, os Cursos de Graduação na área de Saúde, para que se propusessem a enfrentar os processos de mudanças. Verificou-se interesse pelo Pró-Saúde, por parte do governo brasileiro e da OPAS, em se beneficiar das potencialidades do Programa para promover e estimular a troca de experiências, provocar iniciativas de debates e decisões políticas, assim como conferir legitimidade em favor de urgentes mudanças do processo de formação dos profissionais de saúde.

São elaboradas, no âmbito do Pró-Saúde, enunciações motivadoras com o objetivo de convergir em direção à busca por soluções inovadoras e ao realce da qualidade das intervenções possíveis no espaço desta proposta. Estas enunciações apresentam-se sob a perspectiva de **“desenvolvimentos potenciais do Pró-Saúde”** e constam no Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e

desenvolvimento potencial (BRASIL, 2009a). Incluem-se: **a ênfase nos determinantes de saúde**; a integração básico-clínica no âmbito ambulatorial; a orientação clínica baseada em evidências; a investigação como instrumento pedagógico; **a inversão do modelo assistencial do SUS** e o acompanhamento interno e auto avaliação.

O que se pretende é a aproximação do ensino em Saúde com os serviços ligados à AB e, além disso, proporcionar ao aluno de graduação compreensão do processo saúde-doença por meio de sua inserção precoce em experiências de vivências na comunidade. Nesta pesquisa, elegi para discussão, dois desses **desenvolvimentos potenciais: a ênfase nos determinantes de saúde e a inversão do modelo assistencial do SUS**, por entender que estão mais próximos das práticas assistenciais dos enfermeiros.

No Brasil, a base de conhecimentos em Enfermagem teve início nos anos de 1960, orientada para as ciências biológicas e comportamentais. Esse padrão de formação, historicamente definido, tinha seus aspectos relacionados à construção de competências técnicas e instrumentais (NUNES; SILVA; PIRES, 2011), voltadas mais para o estudo de aprender a cuidar das doenças e menos para a compreensão das normalidades orgânicas e funcionais do ser humano e suas relações com o ambiente ou com as questões da organização e desenvolvimento sociais.

É preciso ressaltar, que despontam momentos de importantes reflexões sobre a formação profissional dos enfermeiros (LIMA et al., 2013; SILVA et al., 2012). Reflexões estas capazes de conduzir à compreensão e defesa das ações de Enfermagem enquanto dispositivo capaz de contribuir para mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de superar a atenção centrada na doença:

[...] pode-se destacar, em relação ao enfermeiro, sua identidade social em torno do cuidado de enfermagem à pessoa, à família e à comunidade, deslocando o foco central da doença. Essa especificidade se estende, ainda, à prevenção individual e coletiva das vulnerabilidades e dos riscos de adoecer, assim como às ações que conduzem à reabilitação que inclui o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado individual e o autocuidado orientado para o coletivo, numa dimensão societária. (BRASIL, 2009a, p. 45)

Observa-se, nas últimas décadas, extraordinário interesse pelo estudo das relações entre a maneira como se organiza e desenvolve determinada sociedade, e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA FILHO et al., 2003), nisso há substancial consenso (AROUCA, 2003; BARATA; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MARSIGLIA et al., 2003).

Merece destaque as discussões concernentes às iniquidades em saúde, entre grupos e indivíduos, compreendidas como aquelas desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e

relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BRASIL, 2009a). Ao mesmo tempo, configuram-se traços marcantes da situação de saúde no Brasil, em consequência de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão diretamente relacionados às formas como se organiza a vida social. Ao se associar os processos sociais à situação de saúde surgiram novas possibilidades de construção do saber que extrapolam o modelo biomédico dominante e apresentam novos instrumentos para o entendimento da saúde e da doença.

Conceitos como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), Desigualdades e Iniquidades compõem alguns dos elementos do corpo teórico desse saber. Os DSS ganharam especial importância no século XX, quando as Ciências da Saúde foram estratificadas como essencialmente sociais, em retomada ao legado de Rudolf Virchow que, em meados do século XIX, defendia que a ciência médica é ciência social na sua essência, que os fatores econômicos e sociais exercem significativa influência sobre a manutenção da saúde e o aparecimento das doenças (BRASIL, 2009a).

Com definição sucinta para qualificar os DSS, “são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”, a OMS desencadeou forte movimento em âmbito internacional para promover tomada de consciência em função dos determinantes sociais e seus efeitos sobre a saúde de indivíduos e populações e chamar para mobilização ao combate às iniquidades de saúde por eles geradas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Fato que resultou na fundação, em 2005, da *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída em 2006, define que os DSS compreendem

[...] os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. [...] São produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana. (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p.3)

A composição diversificada da CNDSS, formada por pessoas que expressam a vida social, cultural, científica e empresarial do país, além de Grupo de Trabalho Intersetorial, integrado por diversos ministérios relacionados com os DSS, CONASS e CONASEMS, evidencia a legitimidade da saúde como um bem público (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar da existência de vários modelos, que buscam explicar as relações e as mediações entre os diversos níveis de DSS e a origem das iniquidades, a CNDSS escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead<sup>43</sup> para ser utilizado no Brasil (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MENDES, 2011, 2012;) e diversos autores se dedicam ao estudo, principalmente aqueles vinculados aos centros de pesquisa que colaboram com a OMS e às diversas comissões de âmbito nacional e internacional: Alberto Pellegrini Filho, Paulo Marchiori Buss, Antonio Ivo de Carvalho, Anamaria Testa Tambellini.

No âmbito de crescente discussão em busca de outros entendimentos para a questão da saúde, como a complexidade na prestação de cuidados, a grande variação nos níveis de educação inicial para enfermeiros e parteiras ao redor do mundo<sup>44</sup> e a necessidade de assegurar acesso mais equitativo à saúde, a OMS coloca-se a defender a elaboração de normas globais para a formação inicial dos enfermeiros e parteiras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Em 2009, a OMS publicou documento com propostas de Normas globais para a formação inicial de enfermeiros e parteiras e anunciou número estimado de 35 milhões desses profissionais, como composição da maior parte da força de trabalho global, que contribuem substancialmente para os cuidados de saúde. Não obstante, raramente participam de políticas de recursos humanos para a saúde, ou na tomada de decisões estratégica de alto nível, o que pode ser resultado do nível geral de educação da profissão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Destaca-se, neste momento, a importância de análise sobre a atuação profissional dos enfermeiros no contexto da saúde global (PRETO et al., 2015).

Outro aspecto da realidade objetiva a ser problematizada está relacionado à contradição entre os postos de trabalho existentes e aqueles necessários para resposta condizente às necessidades de saúde da população (SILVA, et al. 2013; SILVA Alcio, 2008). O que se mostra como contrassenso com as propostas da OMS para a formação inicial dos enfermeiros, que é construir currículos para atender às necessidades de saúde da população por meio da interação entre o usuário dos serviços e o estudante, consubstanciada na abordagem interprofissional para a educação como prática fundamental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

---

<sup>43</sup> O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza cultural e econômica (MENDES, 2012, p. 165; 2011 p. 248).

<sup>44</sup> Muitos países ainda consideram programas de formação inicial no ensino secundário como suficientes, enquanto alguns países especificam formação universitária como o ponto mínimo de entrada para as profissões de saúde: enfermeiras e parteiras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009, p. 8).

Responsabilidade que leva a repensar o modelo assistencial hegemônico no SUS (BRASIL, 2009a).

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim (2003) não como “modelos” a seguir, pois se referem a racionalidades diversas, modos, que orientam as intervenções na dimensão técnica das práticas de saúde. São diferentes maneiras de organizar saberes e instrumentos do processo de trabalho em saúde, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita e intervir nas situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde. Há modelos assistenciais que tratam de intervenções de natureza médico-curativa, outros incorporam ações de promoção e prevenção; e outros simplesmente atendem às demandas espontâneas dos usuários dos serviços, ou atuam ativamente, antecipando a demanda (PAIM, 2003).

Na definição de Mendes (2011), modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas. De acordo com a organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde:

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS (Redes de Atenção à Saúde), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011, p. 209)

Para Mendes (2012), no SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS como ESF, esta, na realidade, não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. A atenção é, fundamentalmente, reativa e episódica e focada na doença. Para o autor, a incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, constitui o problema fundamental do SUS. Isso nos faz admitir que o modelo médico – assistencial hospitalocêntrico e privatista mantém-se em sua posição hegemônica, no âmbito do SUS (COSTA M. et al., 2012; TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

No campo da saúde, as desigualdades podem ser expressas por indicadores demográficos ou epidemiológicos, como evidência de diferenças em estado de saúde e acesso ou uso de recursos assistenciais, e constituem-se como questão bioética fundamental (ALMEIDA-FILHO, 2009). Corrigir essas desigualdades é questão de justiça social e de imperativo ético. Para tal, o autor apresenta três grandes linhas de ação: (a) melhorar as condições de vida da população; (b) lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos;

e (c) medir a magnitude do problema. O que implicam ações de avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em DSS e sensibilizar a opinião pública a esse respeito (COMISSIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

Não obstante, “inverter o modelo assistencial hegemônico no SUS é o maior e o mais difícil de todos os desafios dos gestores de Saúde no Brasil, os quais reconhecem na iniciativa do Pró-Saúde a oportunidade privilegiada de somar esforços e alcançar esse objetivo maior” (BRASIL, 2009a, p.52). As perspectivas teóricas, políticas e práticas para implantação desse desejável novo modelo assistencial no SUS, colocam-se como desafios a serem assimilados e enfrentados pelos formuladores de políticas públicas de Educação e Saúde, pelas IES, pelos serviços de saúde em seu cotidiano, que envolvem gestores, profissionais, usuários e instâncias de controle social.

Fica o desafio para comprometimento com possíveis mudanças na formação dos enfermeiros, validada na compreensão das relações de determinado perfil epidemiológico e nas formas concretas de organização e inserção socioeconômica da população, no contexto considerado. Ao romper com a compreensão de que a realidade se reduz apenas ao plano diretamente observável, os enfermeiros deverão ser capazes de compreender as origens dos problemas de saúde e explorar as contradições existentes nas dimensões de determinada realidade, para assim participar nas definições das políticas do setor e na elaboração de regulamentações sobre sua própria atuação (MEDEIROS et al., 2012).

Nas palavras de Paim (2009), aos insatisfeitos em intervir apenas na aparência dos fenômenos que produzem a saúde ou a doença, e que procuram entender seu processo de produção social, faz-se fundamental a compreensão de que os DSS têm impacto direto na saúde, pois estruturam outros determinantes, por serem as “causas das causas” (p. 30).

Essa insatisfação precisa atingir o contingente de enfermeiros no Brasil, que ainda se constitui em grupo amorfo, incapaz de influenciar fortemente na tomada de decisões estratégicas de alto nível, assim como na mobilização da categoria para participar na formulação e implantação de políticas de Educação e Saúde e na construção da inversão do modelo assistencial hegemônico no SUS, a partir da compreensão dos fatores econômicos e sociais como significativas influências sobre a manutenção da saúde e o aparecimento das doenças.





## CAPÍTULO IV

### CONTEXTO DE PRODUÇÃO DO TEXTO: A CONSTRUÇÃO DOS TEXTOS EM INTERFACE COM A SAÚDE PÚBLICA

Na prática, as políticas são freqüentemente obscuras, algumas vezes inexecutáveis, mas podem ser, mesmo assim, poderosos instrumentos de retórica, ou seja, formas de falar sobre o mundo, caminhos de mudança do que queremos sobre o que fazemos. (BALL, 2011, p.13).

Parte do trabalho da política é feito por meio de textos sobre política, escritos e falados (BALL, 2008). O **contexto de produção do texto** é o momento no qual a política é transformada em textos e, posteriormente, interpretada no **contexto da prática** em conformidade com o contexto ao qual se insere, assim, o controle está nas mãos dos leitores e nas interpretações das intenções imbuídas nos textos políticos (BOWE; BALL; GOLD, 1992)

Para tanto, foram selecionados como categorias interpretativas do **contexto de produção do texto** a Resolução CNE/CES 03/2001, que dispõe sobre as DCN/ENF (BRASIL, 2001a) e o *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a).

Foram constituídas duas categorias que convergem para o objetivo da pesquisa dentro do **contexto de produção do texto** e que são descritas a seguir.

#### 4.1 AS DCN/ENF E A INTERLOCUÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA

Esta categoria foi elencada a partir da análise das DCN/ENF (BRASIL, 2001a) e está relacionada com a concepção de que a formação profissional dos enfermeiros deve ser compreendida enquanto prática socialmente determinada. Sendo esta prática mediada por processo de conscientização dos enfermeiros e consequente comprometimento com o SUS, a construção do liame entre a formação e o SUS exige que se considere a relação entre ética, criticidade, responsabilidade social, democracia, cidadania e direitos humanos, bases a partir das quais é proposto novo modelo de compreensão para a formação deste profissional. Outra ideia presente nesta categoria está baseada no fato de ser a formação profissional dos enfermeiros escolha política, ligada à capacidade de governança, à necessidade de formar profissionais, cuja prática deva ser realizada de forma a analisar os problemas de saúde da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

#### 4.1.1 Responsabilidade social e compromisso com a cidadania

As DCN/ENF se expressam como instrumento norteador do processo de construção dos PPP, pois estabelecem as bases filosóficas, conceituais, políticas, metodológicas e pedagógicas para a formação dos enfermeiros. Assim, o seguinte segmento textual indica a essência desta categoria, principalmente quando destaca que o perfil do formando, egresso/profissional, deve ser atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Vejamos o trecho:

***Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:***

***I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.***

Conforme é possível observar, a responsabilidade social e o compromisso com a cidadania são abordados como elementos, cujas influências provêm dos princípios fundamentais fornecidos pelos direitos humanos, que podem e devem estar em pauta quando pensamos na formação dos enfermeiros na sociedade democrática, onde o acesso à assistência integral à saúde se materializa enquanto direito fundamental. Com efeito, desenvolver a ideia de integralidade da assistência e acesso universal significa atrelá-la à perspectiva dos direitos fundamentais da pessoa humana. Aponta para a necessidade de se imprimir mudanças na formação dos enfermeiros consubstanciadas nas DCN/ENF, em conformidade com o artigo acima descrito.

Segundo Chaves (2014), o ensino de graduação em Enfermagem tem passado por inúmeras “crises”. Para se romper com o caráter tecnicista da Enfermagem, o ensino de graduação investe nos processos de gestão e de administração em Enfermagem, como substituição à prática do cuidado. No contato com os usuários, busca-se prática profissional voltada para o campo gerencial e a organização geral da assistência, processo que destoa das atuais políticas da área da Saúde, onde a multiprofissionalidade propõe a constituição de equipes para atuar na construção de planos terapêuticos comuns. Há, portanto, que se repensar o ensino de graduação na Enfermagem, a partir de mudança no perfil profissional, onde se sublinhe a importância que a Enfermagem deve ocupar e reforce a necessidade de valorizar o seu papel político no cenário da saúde (CHAVES, 2014).

Nesse sentido, parece haver consenso de que houve esforço para que ocorressem mudanças no processo de formação dos enfermeiros a partir da incorporação, pelas IES, dos elementos fundantes das DCN/ENF, em sintonia com as novas políticas de Educação e Saúde. Tais mudanças não foram radicais, mas se deram como transformações construídas, paulatina e coletivamente, e com resultados concretos (CORBELLINI et al., 2010; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; SILVA et al., 2012; SOUZA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2013; WINTERS, 2012). Apesar disso, as IES encontram dificuldades para incorporar propostas com o intuito de incrementar as mudanças na formação dos enfermeiros, de acordo com o estabelecido pelas DCN/ENF (MARÇAL et al., 2014).

#### 4.1.2 A integralidade como princípio filosófico do SUS

Experiência exitosa foi apontada por Carbogim et al. (2014) ao analisar o PPP do Curso de Graduação em Enfermagem aplicado em uma IES, com base nas DCN/ENF, compreendidas enquanto propostas de transformação curricular e estratégias de ensino que viabilizem a integralidade do cuidado. A análise dos documentos permitiu o estabelecimento de forte influência das DCN/ENF sobre o PPP do curso. O que corrobora com a afirmação de Marçal et al. (2014) sobre a criação e o desenvolvimento do PPP, que se caracteriza por ser processo complexo e deve refletir as DCN. As DCN/ENF expressam a necessidade de se formar o aluno com ênfase no SUS, com vistas à integralidade do cuidado para dar respostas às necessidades dos usuários (CARBOGIM et al., 2014). Observa-se que o curso em questão aborda em seus componentes curriculares os temas pertinentes à saúde na perspectiva do SUS. Este posicionamento pode ser respaldado nos seguintes recortes das DCN/ENF:

***Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:***

***VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;***

***Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.***

Nesta direção, a estruturação do PPP tem por objetivo definir os rumos para as ações desenvolvidas no curso, como as metas e prioridades que vão orientar a formação do perfil do

ingresso, que permita a IES cumprir seus propósitos e sua intencionalidade, consubstanciados em pressupostos políticos, sociais, econômicos e culturais. Na perspectiva pedagógica, o documento caracteriza-se como orientador do curso, capaz de traduzir as políticas acadêmicas institucionais, com base nos seguintes segmentos textuais das DCN/ENF:

***Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:***

***III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;***

***V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;***

***XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;***

***XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;***

***XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.***

Assim, é preciso afirmar que é fundamental buscar a reformulação coletiva dos PPP dos cursos de Graduação em Enfermagem, a partir das DCN/ENF, pois as mudanças aqui propostas são muito importantes para que ocorra a evolução da formação dos enfermeiros e, assim, a verdadeira transformação defendida pela postura pedagógica libertadora, problematizadora (SCHVEITZER et al., 2013). Entretanto, há fortes obstáculos à implementação das DCN/ENF na forma almejada, a exemplo da dicotomia entre a teoria e a prática e das dificuldades de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação educacional (SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011).

Estudo realizado por Lopes Neto et al. (2007) para identificar o assentimento dos PPP dos Cursos de Graduação em Enfermagem às DCN/ENF, com base nos relatórios dos processos avaliativos conduzidos pelo INEP/MEC, realizados no período de 2002 a 2006, relativos a 110 cursos de graduação, revelou que o índice de assentimento dos cursos de enfermagem às DCN/ENF foi de 72%, considerado baixo, o que aponta para a necessidade de as IES buscarem melhor vinculação entre a adoção das bases epistemológicas presentes nas DCN/ENF e as propostas nos PPP.

Ademais, pesquisa desenvolvida por Lima et al. (2012), verificou que poucos estudos enfocam especificamente a formação dos enfermeiros para o SUS e também pequena parcela

de estudos aborda o perfil dos egressos, sendo, assim, necessários mais estudos que avaliem a formação do perfil dos enfermeiros pautado nas DCN/ENF.

As DCN/ENF expressam consonância aos conceitos originários dos movimentos por mudanças na Educação em Enfermagem, em conformidade com compromissos estabelecidos no ideário da Reforma Sanitária Brasileira e no SUS. Enquanto elementos estruturantes de mudança, as DCN/ENF orientam as IES mediante movimento desafiador para a comunidade acadêmica, que visa a formação de enfermeiros aptos a exercerem sua práxis, compreendida enquanto atividade objetiva e imbricada por compromissos com a intervenção concreta na realidade social. As DCN/ENF têm importante papel no processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros, pois orienta a formação profissional para contribuir na efetivação dos princípios do SUS (LIMA et al., 2013; SILVA, et al., 2012).

#### 4.2 MS E MEC JUNTOS NO CONDICIONAMENTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Nesta categoria observamos a franca intenção conjunta entre o MS e MEC para o condicionamento da formação do profissional de saúde às políticas de responsabilidade social. Podemos também destacar, aqui, que a integração das políticas ministeriais, a partir desses dois ministérios, prevê a articulação entre ações e procedimentos, almeja o alcance de objetivos comuns, que sejam capazes de induzir às mudanças previstas nestas políticas. Mudanças essas que privilegiam a formação generalista dos enfermeiros e contam com o Pró-Saúde como indutor de política de Estado, que visa à consecução desse intento. Conforme se observa nos trechos, abaixo elencados, do *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a), elaborado numa parceria MS e MEC. Vejamos os textos abaixo que simbolizam esta afirmação:

#### 4.2.1. Aproximação com as demandas do SUS

*A excessiva especialização observada na área da Saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais e pela má distribuição geográfica de profissionais nessa área (p. 12).*

*[...] espera-se que os profissionais da saúde possam resolver cerca de 80% a 85% dos problemas encontrados e, para isto, é necessário capacitá-los com clara visão do cuidado necessário para a melhoria das condições de saúde. Isto implica em amplo conhecimento do processo saúde-doença, para assegurar a qualidade no cuidado da saúde. (p. 13).*

*O componente público do Sistema Único de Saúde constitui, efetivamente, um importante campo de trabalho para os profissionais de saúde [...]. Este campo de trabalho, representado principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), hoje em franca expansão, em todo o território nacional, busca ampliar a cobertura da população, assegurando um padrão de serviços compatível com a melhoria da qualidade de vida, com maior resolubilidade da atenção e garantia de acesso aos demais níveis do Sistema (p. 12).*

Há tendência de o processo de formação em saúde se aproximar cada vez mais do SUS (ALMEIDA FILHO, 2011; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; LIMA et al., 2011; MATSUMOTO, 2010; MEDEIROS; PERES, 2011; PIMENTEL; DAVID, 2013; SILVA et al., 2012). Desta feita, a especialização apresenta-se como insuficiente para dar conta das necessidades de saúde da população brasileira, pois a AB em saúde foi tomada como elemento central nas ações do SUS. O sistema de saúde se caracteriza por níveis de complexidade crescente, no qual, a ESF se constitui como o primeiro nível de atenção do SUS, a “porta de entrada” dos usuários para os serviços, articulada com os outros níveis de atenção por meio da referência e contrarreferência.

No contexto deste modelo assistencial, as UBS devem resolver os problemas de saúde novos e prevalentes e contar com encaminhamentos para a Rede SUS diante das situações nas quais suas capacidades de intervenções foram esgotadas. Surge então, o papel de destaque para a atuação dos enfermeiros na AB, frente à equipe multidisciplinar. Momento em que conquista mais espaço para atuar em trabalho diversificado, que envolvem algumas atribuições importantes no desenvolvimento da ESF. Dentre as atribuições dos enfermeiros estão: atividades assistenciais e gerenciais, supervisionar, planejar, organizar, e avaliar ações que correspondam às reais necessidades de saúde da comunidade. Também é o profissional que atua como referência técnica para alguns setores indispensáveis.

Assim, os enfermeiros assumem papéis importantes no que se refere aos cuidados, promoção e proteção à saúde dos indivíduos e das populações em suas diferentes dimensões. Entretanto, os cursos de graduação em Enfermagem ainda apresentam modelo tradicional, desarticulado da formação profissional necessária à realidade do SUS e para atuação na ESF

(SILVA; CAMILLO, 2007). A dicotomia entre o ensino de Enfermagem e as necessidades do SUS, traduzida na inadequação do modelo formador às diretrizes da ESF, faz com que profissionais da Saúde muitas vezes sejam formados com déficit na capacitação para esse entendimento complexo dos usuários e dos serviços de saúde (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Mesmo na ESF, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros caracterizam-se como assistenciais, de cunho curativo e complementares ao trabalho do médico, uma vez que permanece a dificuldade de rompimento com as práticas do paradigma flexneriano, de cunho curativo, muito embora, a ESF seja a base do SUS para novo paradigma assistencial, centrado na produção social da saúde (SILVA S. et al., 2011).

Nessa perspectiva de responsabilidades assumidas com os serviços de saúde, postula-se que o processo de formação dos enfermeiros para a ESF, requer das IES o redimensionamento de suas ações com vistas à reorientação dessa formação, voltada para o desenvolvimento de competências técnico-políticas para implantar novas propostas, na direção da organização das ações de atenção à saúde, que efetivamente possibilitem aos enfermeiros o desenvolvimento de atividades que venham a atender às demandas da sociedade e aos princípios propostos pelo SUS (MOURA M. et al., 2011).

#### 4.2.2 Formação profissional do enfermeiro generalista

Verifica-se nos textos do documento supracitado a intenção em justificar a não aderência das IES à formação consubstanciada nos interesses do SUS. Vejamos:

***O antecedente mais marcante em todo esse contexto [...], diz respeito à dificuldade da atenção básica em captar o interesse de professores e estudantes, em geral, voltados para uma orientação que prioriza a especialização, a pesquisa tecnológica e a utilização de métodos, técnicas e equipamentos altamente sofisticados (p.15).***

A transição do modelo de formação calcado na especialização para o modelo de formação dos enfermeiros generalistas está em incipiente fase histórica. Há pouca produção científica que analisa este fenômeno no Brasil. O mesmo acontece com a formação médica (BRASIL, 2015). Poucos trabalhos foram desenvolvidos para explicar a procura por cursos de especialização pelos egressos dos cursos de Graduação em Enfermagem. Possível explicação foi apresentada por Barbosa et al. (2011), os quais postulam que a oferta de cursos de



especialização em Enfermagem ao longo das últimas décadas ocorre, principalmente, em consonância com as políticas de Educação e Saúde e de acordo com as exigências do mercado de trabalho. Os cursos de especialização concedem melhores posições profissionais, cujo acesso é obtido por tais certificações:

[...] para o enfermeiro, na maioria dos casos, a procura por cursos de especialização em enfermagem significa investir em capital humano, essencialmente como estratégia para aumentar o conhecimento em determinado ramo da enfermagem e como possibilidade de melhor rendimento futuro, seja ele traduzido em uma vaga no competitivo mercado de trabalho, em maior retorno salarial ou na oportunidade de ascensão a cargos de maior visibilidade na enfermagem, tal como o de chefia (BARBOSA et al., 2011, p. 296).

Tais fatos podem ser corroborados pela precarização das relações, da gestão do trabalho público em saúde e pela política fiscal do Brasil, que privilegia a subvenção crescente com recursos federais ao mercado dos planos privados de saúde. O valor dessa subvenção ao mercado privado da saúde corresponde hoje por volta de 30% do faturamento anual do conjunto das empresas de planos de saúde, o que está perto da metade dos gastos anuais do MS. É o sistema privado externo ao SUS que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas (SANTOS N., 2013).

Os cenários de precarização das relações de trabalho nos serviços públicos se intensificaram no Brasil após a década de 1990, com a reforma administrativa do Estado. Na área da Saúde, o trabalho precário ampliou-se com o advento da ESF (GOIS; MEDEIROS; GUIMARÃES, 2010). Sua evidência:

Ultrapassa a flexibilização das relações de trabalho, envolvendo outros fatores como: as precárias condições físicas e materiais das unidades de saúde e a ausência de garantias para segurança do trabalho e para a saúde do trabalhador; a multiplicidade de vínculos empregatícios dos trabalhadores do SUS, especialmente do nível superior e motivada pelos baixos níveis salariais; a distribuição da carga horária na unidade de saúde (nem sempre em todos os dias da semana) e a jornada de trabalho semanal do trabalhador (totalizando todos os vínculos); o perfil da gestão do trabalho nas secretarias de saúde, com elementos de desprofissionalização e clientelismo; a baixa remuneração salarial dos trabalhadores; as fragilidades na organização política dos trabalhadores da saúde, entre outros (CORREIA et al., 2009, p. 43).

Segundo Almeida Filho (2011), pode-se encontrar compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior. As universidades, apesar de conservadoras e elitistas, não se constituem na principal fonte do problema, já que o sistema de Educação da Saúde apenas reflete o modelo de prestação de serviços que ainda prevalece no Brasil contemporâneo: controlado por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em detrimento da solidariedade e de relações sociais mais humanas (ALMEIDA FILHO, 2011).

Ao mesmo tempo em que o *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a), privilegia as ações pertinentes à AB em saúde, não nega os procedimentos de alta tecnologia advindos das especialidades e vistos como complementares no processo de assistência à saúde no *continuum* dos níveis de complexidade do sistema de saúde: baixa, média e alta, conforme indicam os seguintes trechos:

*A integralidade das ações de saúde não pode desconsiderar os avanços da tecnologia na saúde, entretanto, estes devem ser utilizados criteriosamente, sempre como método complementar, com sua indicação bem fundamentada na atenção à saúde baseada na melhor evidência científica (p. 15).*

*Isto implica que as transformações propostas para a formação em atenção básica não possam limitar-se a simplificação de conteúdos e práticas em paralelo à continuidade das ações especializadas que caracterizam as disciplinas clínicas, em sua maioria impregnadas de alta tecnologia (p. 16).*

Trata-se de redação inespecífica, que prioriza termos inerentes às tecnologias materiais, o que pode dificultar a compreensão para a criação de conteúdos curriculares ajustados à formação profissional dos enfermeiros generalistas, pois cria círculo vicioso no qual o foco da formação deve estar sempre voltado para ações que utilizam tecnologias materiais e desconsidera outras formas de ações profissionais. A falta de especificidade da terminologia adequada à formação generalista pode dificultar a elaboração de ementas de unidades curriculares específicas à formação deste profissional.

Tecnologia é todo procedimento profissional praticado junto às pessoas que dela necessita, como o diálogo profissional ou a execução de tomografia computadorizada. A tecnologia envolve saberes e habilidades, e há que ser considerada distinta de equipamentos ou aparelhos tecnológicos, os quais se configuram apenas como expressão de dada tecnologia. Para subsidiar esse pensamento, busca-se em Emerson Merhy (2002) consonância na conceituação de tecnologias, as quais podem ser classificadas em leve, quando dizem respeito a relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve/dura quando referem-se aos saberes bem estruturados, como o Processo de Enfermagem; e dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas.

Todas as ações profissionais exigem aplicação de tecnologias, que aparecem, inclusive, na forma como se estabelecem as relações intersubjetivas entre os agentes, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Desta forma, os processos produtivos só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

É importante perceber que ao referir-se ao cuidado de Enfermagem e à tecnologia, exige-se a determinação da finalidade desse cuidado, para que, a partir de então, compreenda-se a qual tipo de tecnologia se faz referência. É o cuidado que indica quais tecnologias são necessárias em determinada situação pois, para prestar o cuidado convergente aos requerimentos do ser cuidado, necessitamos de diferentes tipos de tecnologia: da tecnologia dura, quando faz uso de instrumentos e equipamentos; da tecnologia leve-dura, quando faz uso dos conhecimentos estruturados (teorias ou modelos de cuidado) e das tecnologias leves, pois a implementação do cuidado prescinde do estabelecimento de relações interpessoais (vínculo e acolhimento) (ROCHA et al., 2008).

Nesse quesito, a redação do *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a) apresenta as seguintes conformações:

*No campo específico da formação do enfermeiro torna-se necessário construir projetos políticos pedagógicos e seus componentes de organização curricular que assegurem a sua relevância social, incluindo competências técnicas e gerenciais, políticas e éticas que sustentem os atos de cuidar (p. 41).*

*[...] a formação caminha para a superação da produção de cuidados de enfermagem inscrita na lógica do “procedimento técnico”, da “rotina de cuidados” e das “atividades preventivas”, buscando-se hoje conceber um processo produtivo que construa com os cidadãos graus de autonomia que causem impacto em sua qualidade de vida, ou seja, em sua capacidade para lidar com a saúde levando em conta suas limitações, assim como os diferentes graus de dependências (p. 41).*

Já os textos dos três parágrafos seguintes do referido documento (BRASIL, 2009a) tratam, de forma contínua, de questões relacionadas à especialização, sem, no entanto conceituar o que é, de fato, a formação generalista. Não estão, objetivamente, descritos os detalhes da formação do profissional generalista. Apresenta redação que explica o generalista sob a ótica do especialista e tangencia a terminologia específica para essa formação. São colocadas questões para a formação do generalista, embora se explique somente a formação do especialista, o que gera confusão de interpretação sobre o que significa a formação generalista deixando, ao leitor, possibilidades de interpretações conotativas do tipo *entenda o que é especialista, que o contrário disto, é o generalista*, conforme os textos abaixo citados:

*A Política Nacional de Atenção Básica deverá qualificar os profissionais de saúde da extensa rede de serviços de atenção primária instalada por todas as regiões do País, de modo que eles sejam capazes de resolver com segurança os problemas prevalentes na população, evitando o encaminhamento desnecessário de pacientes selecionados por idade, gênero, local de trabalho ou por sintomas funcionais ou topográficos para especialistas de toda ordem (p. 52).*

Portanto, entende-se o conteúdo manifesto que enuncia,

*O que deveria ser de conhecimento geral passou a ser apanágio das especialidades, ou de profissionais interpostos entre a fonte de um conhecimento indevidamente apropriado por poucos e o seu destinatário mais legítimo, qual seja o indivíduo e a sociedade em geral (p. 52).*

Assim, não seria outra interpretação para o que está posto no âmbito dos que concebem, pois,

*O custo total das ações especializadas, desarticuladas de um conhecimento geral necessário, é muitas vezes superior aos benefícios auferidos pelos usuários desta estratégia de segmentação da prática clínica, a qual terá suas condições de sustentação cada vez mais ameaçadas. Uma especialidade muito demandada talvez não deva ser um conhecimento restrito, mas de domínio dos profissionais em geral! (p. 53).*

Esta redundância, inconsistência, imprecisão e ambiguidade de terminologia nos documentos oficiais, nos documentos norteadores dos cursos de graduação, poderão ser reproduzidas nos textos dos seus PPP, uma vez que as IES necessitam cumprir as exigências de propostas regulamentadoras das políticas curriculares das instituições governamentais. É de fundamental importância identificar a especificidade do que se deseja para a formação dos enfermeiros generalistas, pois as DCN/ENF preconizam que os cursos de graduação em Enfermagem se comprometam com a formação do profissional nesse perfil.

As publicações científicas relatam a necessária aproximação dos PPP e a efetiva formação dos enfermeiros generalistas (LIMA et al., 2013; SILVA, et al., 2012; CORBELLINI et al., 2010; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; SILVA et al., 2012; SOUZA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2013; WINTERS, 2012). Neste sentido, encontra-se consonância em Pimentel e David (2013) que definem que a IES deve estabelecer sua missão, sempre vinculada às concepções do corpo social, concepções do homem, da sociedade, da saúde e da Enfermagem, devendo se comprometer com a formação de enfermeiros cidadãos, por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão. As autoras entendem que esta formação não considera somente o aspecto técnico, mas também o social, o político, entre outros, de forma que os PPP contenham posições em relação à vida e ao mundo (PIMENTEL; DAVID, 2013). O homem não é neutro no mercado de trabalho, uma vez que tem importante papel social a desempenhar. Assim como o trabalho não é neutro na vida dos homens, desempenha influências em suas esferas social, psíquica, física e econômica (SOUZA et al., 2011).

Formar enfermeiros generalistas não é tarefa fácil, tendo em vista a própria redação do documento norteador do Pró-Saúde, que não deixa claro o que isto significa, e nem mesmo quais métricas devem ser colocadas nos PPP para viabilizar tal intento. Há que se considerar, no entanto, a importância dos PPP, já na sua origem, trazerem redações específicas em relação ao que se deseja, de fato, na formação dos enfermeiros generalistas, visto que a elaboração dos

projetos Pró-Saúde partem da análise dos PPP, na possibilidade de compreensão de qual seja a verdadeira vocação da IES e quais mudanças quer-se auferir, para ajustar as diretrizes focadas na formação do enfermeiro generalista.

Estudos demonstraram que os documentos de políticas produzidos no âmbito do Estado ou organismos multilaterais têm se caracterizado por nuances prescritivas (SHIROMA; GARCIA; CAMPOS, 2011) ou ainda por trazerem textos que dão margem a interpretações diversificadas para um mesmo termo (FAIRCLOUGH, 2001).

No caso dos textos das DCN/ENF e *Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (BRASIL, 2009a), a redação do primeiro texto pode ser considerada como prescritiva, pois busca, no âmbito das subjetividades, a mudança no perfil do enfermeiro que deverá ser humanista, crítico e reflexivo. Já na redação do segundo texto, a descrição do termo generalista deverá ser ajustada na direção de oferecer objetividade na descrição do significado para a formação dos enfermeiros.

## CAPÍTULO V

### CONTEXTO DA PRÁTICA: OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE COMO CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM

O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na História. (FREIRE, 1996, p.154)

No **contexto da prática**, os atores estão imersos em variados discursos, mas alguns serão mais dominantes que outros pois, ao exercerem o “quefazer” no sentido utilizado por Freire (1979), as pessoas assumem papel ativo no processo de interpretação e reinterpretação das políticas educacionais, uma vez que o que pensam e acreditam interferem no processo de implantação das políticas (MAINARDES, 2007). No sentido de contextualização, utilizado por Bernstein (2001), as políticas são reinterpretadas e adaptadas a dado contexto.

Foram utilizadas nove entrevistas da seguinte forma: três entrevistas realizadas com docentes que estiveram diretamente envolvidas com a elaboração e implantação das propostas no interior da IES (uma coordenadora do Pró-Saúde e duas tutoras acadêmicas dos projetos PET-Saúde); três profissionais de serviços (enfermeiras preceptoras dos projetos nos cenários de prática) e três ex-alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da IES. As Preceptoras e as alunas entrevistadas tiveram como cenários de prática duas UBS mistas (que contam com atendimento tradicional e ESF), localizadas em dois municípios distintos. Todas as preceptoras e alunas entrevistadas participaram do mesmo projeto PET-Saúde. Enquanto as duas docentes tutoras pertenceram a projetos PET-Saúde distintos.

Antes de proceder à coleta dos dados, os Guias das entrevistas foram submetidos a teste de validação pela pesquisadora e por dois professores, um com formação na área de Saúde e outro com formação na área de Educação. Esses professores atuam em IES distintas da IES pesquisada, bem como possuem vivência de trabalho em coordenação e tutoria de programas de formação pedagógica em Educação profissional da Saúde: Enfermagem. Os resultados obtidos asseguram a validade dos Guias, pela adequação e pertinência de aplicação e fidedignidade dos critérios estabelecidos para a coleta das informações pretendidas.

As caracterizações sociais dos sujeitos mediante as informações obtidas nos instrumentos de coleta de dados, no item de identificação dos participantes com a finalidade de conhecer alguns fatores relevantes e objetivos para a caracterização do entrevistado, foram as seguintes:

- Todas participantes são do sexo feminino.

- Todas são enfermeiras.
- A idade variou entre vinte e dois e sessenta e quatro anos.
- Tempo de formação variou entre cinco meses e vinte e oito anos.
- Tempo de docência variou de dez a vinte e sete anos.
- Três docentes dos Cursos de Graduação e Pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem.
- Uma Tutora Acadêmica é Diretora de Educação Permanente no Hospital Escola e responsável pelo campo de estágio e campo de extensão na questão da integração docente assistencial (Tutora número 2).
- Três enfermeiras preceptoras com experiência de trabalho em ESF. Duas são funcionárias públicas e uma é funcionária de Organização Social em Saúde (OSS).
- Dentre as três ex-alunas (uma trabalha em hospital, uma trabalha em ESF e uma está desempregada).

Foi possível a realização da análise dos dados por meio do levantamento dos temas abordados nos depoimentos, que foram agrupados por semelhança, conforme os temas que emergiram dos discursos. Também foram constituídas quatro categorias que convergem para o objetivo da pesquisa dentro do **contexto da prática**.

Para preservar o anonimato das entrevistadas, estas foram identificadas no transcorrer da pesquisa pelas seguintes codificações: Coordenadora Pró/PET-Saúde – CPró/PET-Saúde; Tutoras Acadêmicas do PET-Saúde – TA1, TA2; Preceptoras do PET-Saúde – P1, P2, P3; Alunas – A1, A2, A3.

## 5.1 OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS

Esta categoria está relacionada com a produção de sentidos pelos sujeitos, em relação aos programas e à maneira como seus pares percebem suas participações. Mostra também que as convicções construídas ao longo da trajetória acadêmica e profissional foram elementos determinantes que as mantiveram nos programas, por acreditarem em possível processo de mudança na formação dos enfermeiros. Também são apresentados alguns fatores que permeiam os programas e causam satisfações e insatisfações.

### 5.1.1 A trajetória nos programas

Os discursos nos permitem compreender algumas posições tomadas pelas entrevistadas. Fica evidente a preocupação em falar dos programas como momentos para realização da militância na saúde coletiva, bem como em suas participações no Pró/PET-Saúde, que advieram de inquietações e necessárias pesquisas pertinentes às suas áreas de atuações na assistência, na docência e nos cargos de gestão no Curso de Graduação em Enfermagem.

A visão dos outros em relação àqueles que participam dos programas é de que são românticos e idealistas. As entrevistadas falam da necessidade de mudança na visão de seus pares com relação ao Pró/PET-Saúde e da satisfação em continuarem no exercício de suas atividades.

*Eu me vejo como alguém idealista [...] eu acho que com esse projeto eu entendi, além de tudo, o que é militância. [...]. Porque você milita pelo projeto porque você acredita nele, mas nem todo mundo acredita, acha que é só um modismo, uma questão partidária de um grupo de pessoas que idealizaram um dia, mas se você vê, toda a construção do projeto tem um porquê. [...] trata-se de um Projeto que veio para trazer recursos para você mexer na mudança para uma nova formação. (CPró/PET-Saúde)*

Ao se auto definir como “idealista”, impõe-se crença que está na estruturação de seu pensamento e ação, construída ao longo de sua trajetória de vida, que se manifesta no entendimento do que seja “militância”. Como se observa em trecho da fala da entrevistada:

*Então é isso, quando eu falei que sei o que é militância, foi quando eu realmente entendi que você deve acreditar naquilo para poder mexer. [...] quero dizer que eu sou uma idealista, então encontrei no Pró/PET-Saúde a possibilidade de agregar e mexer na formação, [...]. (CPró/PET-Saúde)*

A respeito da militância, recorro à reflexão de Merhy (2004) sobre o “saber militante”. Para o autor, a efetivação da ação não se atém, a princípio, à produção do conhecimento. Comprometida com a produção de resposta a determinados problemas, esse movimento de ação do sujeito coaduna-se com diversos sujeitos: político, pedagógico, epistêmico, entre outros. A mobilização para conhecer advém de incômodos que sua ação enquanto protagonista possa gerar como fato, e aciona as várias dimensões do sujeito em interação, que conduz a um saber militante, “que lhe permite compreender ‘mais’ sobre a situação e a ação, para continuar agindo”. (FEUERWERKER, 2014, p. 30)

Na sequência, os relatos das outras entrevistadas revelam as mesmas percepções, quando se trata da questão de romper com a realidade posta para a formação em Saúde e contexto de atuação nos cenários de prática:

*[...] Para nós, que militamos na saúde coletiva, não tem coisa mais certa. [...] Foi tanto que o pessoal que estava envolvido nos Pró/PET-Saúde era o pessoal da saúde coletiva. (TA1)*



*Hoje, eu posso dizer que não mudaria de atividade. [...] eu não me vejo fora da enfermagem, não me vejo fora da saúde pública. [...] Não me vejo em outro lugar, a minha postura, a minha identidade profissional. [...]. (P2-UBS y)*

*[...]. Então, seria mais ou menos assim: somente o aluno que gosta de saúde pública está no PET. Então os alunos que estão no PET já apresentam esse diferencial em relação à assistência na AB, porque gostam, acreditam nela e militam. [...]. (A2)*

Os relatos das entrevistadas apontam que a trajetória de vida foi fundamental para a elaboração de suas percepções. Significa que a aceitação de proposta curricular não está ligada apenas aos programas disciplinares, inovadores ou não, mas fundamentalmente à construção da identidade e na gestão da vida da pessoa, pautada na reflexão sobre suas ações e nos resultados delas. Na vida profissional, o significado pessoal fornece sentido e significado à vida do trabalho (GOODSON, 2007).

As práticas envolvidas no processo educacional não são técnicas, são intrinsecamente éticas e políticas e envolvem escolhas profundamente pessoais (APPLE, 2006). Nestes relatos, as escolhas estão relacionadas ao Pró/PET-Saúde e à saúde coletiva no entendimento de que deles advém potenciais possibilidades para mudança na formação dos enfermeiros.

Não é possível separar o pessoal do profissional (FREIRE, 1979; NÓVOA, 1992). Nos processos de reflexões sobre seus percursos de vida, os indivíduos revelam suas subjetividades e interpretam suas ações, na busca por significados para a construção de suas identidades profissionais. Aquilo que Bernstein (1996) denomina “mecanismos de introjeção”, que possibilitam a identidade encontrar sua essência por meio da organização de conhecimento e prática.

Na intenção de compreender os currículos escolares em suas relações com as histórias de vida dos professores, Goodson (2008b) destaca a importância de se ouvir as vozes dos professores no processo de investigação sobre a escola, pois suas formas de atuação no contexto escolar estão diretamente ligadas às suas experiências de vida, dentro e fora da escola, assim como suas identidades têm impacto sobre os modelos de ensino e sobre suas práticas educativas. O autor procura criar liames entre a vida pessoal e a atuação profissional, para incluir o social e o político, o contextual e o coletivo. A Educação não é apenas questão prática, antes é questão pessoal e política, pois os professores são dentro da sala de aula aquilo que são em suas vidas.

É possível perceber que as carreiras das entrevistadas estão relacionadas com acontecimentos marcantes que exerceram influências significativas nas suas escolhas pessoais e profissionais:

*Eu vim do interior [...] fazer especialização em Enfermagem obstétrica [...]. Por inquietação na sala de parto com a limpeza e desinfecção que eu achava que não estava certo, e realmente eu fui olhar,*

*estudar. Dá pra mudar [...]. Então eu sempre procuro isso, de que forma a gente pode mudar o que está fazendo e como está sendo sua trajetória na vida. (CPró/PET-Saúde)*

Completa a entrevistada:

*(...) quando resolvi fazer enfermagem eu resolvi que ia fazer para mudar alguma coisa e assim eu faço desde então. Sou incomodada com as questões do próprio currículo, da formação do enfermeiro, e então eu falei eu vou fazer enfermagem, mas eu não vou ser uma meramente uma enfermeira, eu vou trabalhar para a Enfermagem de alguma forma. (CPró/PET-Saúde)*

Com o que corrobora outra entrevistada:

*Trabalhei muitos anos em pesquisa básica, com animais, fiz mestrado nas básicas e lá por 1994/95 eu resolvi trabalhar com gente [...]. Depois fiz a faculdade de Enfermagem, fiz o doutorado já na área de saúde coletiva, porque eu entrei na Enfermagem para trabalhar em saúde coletiva. (TA1).*

As entrevistadas me conduziram a identificar os pontos de contato entre suas dimensões pessoais e profissionais e a conhecer os fatores e as motivações que as levaram a participar do Pró/PET-Saúde.

Ou ainda, nas falas das alunas:

*[...]. Eu gostei porque era mais voltado para a saúde da mulher, com câncer de mama e de útero e eu gosto bastante dessa parte e também porque era realizado nas UBS e isso me chamou bastante a atenção e deu vontade de participar. Mas resolvi participar mesmo, pela temática. (A3)*

*[...]. Eu nunca participei de atividades extracurriculares antes porque não tinha tempo, nem iniciação científica ou extensão. [...] o PET foi minha primeira experiência acadêmica com pesquisa, trabalho em equipe. (A1)*

As participações nos programas advieram de afinidades com as temáticas das ações desenvolvidas e forneceram evidências de que o PET-Saúde apresentou provocações e oportunidades para o primeiro contato com atividades extracurriculares, de pesquisa e trabalho em equipe. Ao assumir as UBS como cenários de prática para o desenvolvimento de pesquisas, o projeto mostrou oportunidade para a inserção precoce do aluno no cotidiano dos serviços e chamou a atenção para nova maneira de aprender.

Da mesma forma, contribuíram as inquietações, com necessárias pesquisas pertinentes às suas áreas de atuações na assistência, na docência e em cargos de gestão, no curso de Enfermagem. As colocações estão relacionadas às crenças de possíveis reformulações para mudanças dos currículos que possibilitem a integração do aluno na AB e no cotidiano das UBS, conforme demonstram as falas seguintes, da Coordenadora e da Tutora:

*Eu cheguei a ser coordenadora do curso e a minha proposta de campanha foi realmente mudar o currículo e aí eu vi no projeto Pró-Saúde essa possibilidade. [...]. (CPró/PET-Saúde)*

*Para chegar à tutoria do PET, foi por conta do nosso trabalho em Várzea Alegre (nome fictício), na UBS, eu faço essa integração (cargo de gestão). E, como a gente está com o município, me candidatei, apresentando um projeto e esse projeto foi aceito. [...] Queríamos saber o porquê as pessoas morreram de diabetes e hipertensão. [...] Tínhamos acabado de fazer a reformulação do currículo, pensando, exatamente nessa integração do aluno na AB no cotidiano das UBS. [...]. (TA2)*

Os processos de mudanças educacionais contam com diferentes segmentos: o interno, o externo e o pessoal. Os agentes de mudança interna se situam no ambiente escolar, de onde iniciam e promovem a mudança; a mudança externa é aquela administrada de cima para baixo, como é o caso das DCN; e a mudança pessoal é aquela trazida pelo indivíduo para o processo de mudança, mediante as crenças e missões pessoais (GOODSON, 2008a).

Padrões de mudança de integração são os futuros padrões de mudança, que conforme proposto por Goodson (2008a), o interno, o externo e o pessoal são combinados, considerados e negociados, porém a ideia principal aqui é que a missão de mudança está essencialmente nas mãos de agentes escolares internos e se coaduna aos seus próprios projetos e preocupações pessoais.

Nesta vertente Ball (2002) assegura ser necessário “‘deixar para trás’ a fachada objetiva da reforma, para examinar as subjetividades da mudança e as subjetividades em mudança” (p. 4). As tecnologias políticas<sup>45</sup> das reformas da Educação são mais do que veículos para mudança técnica e estrutural das organizações, “são mecanismos para ‘reformular’ professores e mudar o que significa ser professor. [...] É uma luta pela alma do professor” (p. 4-5).

São mecanismos também para “reformular” os profissionais do setor público, como assistente social ou enfermeiro (BALL, 2005, p. 546). Para o bem ou para o mal, a reforma não muda apenas o que fazemos, muda também quem somos e aquilo que poderíamos vir a ser – nossa “identidade social” (BERNSTEIN, 1996, p. 73). Desta forma, precisamos pensar acerca de nossas ações e relacionamentos, fazer nossas escolhas.

Sacristán (1999) corrobora com estas colocações, ao considerar que no âmbito da Educação e da ação educativa, há forte relação entre as crenças e os interesses pessoais dos professores e aquilo que foi instituído e consolidado historicamente na organização escolar. Para o autor, a análise de toda ação desenvolvida no interior das escolas e a sua possibilidade de mudança deve considerar que as decisões são tomadas como decorrência da relação entre os propósitos pessoais de cada professor e o que é permitido pelas possibilidades materiais da escola.

---

<sup>45</sup> Tecnologias políticas é o conjunto de elementos que compõem o “pacote” da reforma da educação: o mercado, a capacidade de gestão e a performatividade (BALL, 2008, 2002, p. 4)

As formas como as entrevistadas definem suas participações nos programas apontam que, mesmo com tais concepções como referências para suas escolhas, esses sentidos de propósitos e significados são desconsiderados pelos seus pares, quando interpretam como romântico ou idealista.

*[...] quem se envolve com o pró/PET-Saúde é visto como participante de um grupo que está querendo mudar alguma coisa. [...] Por mais que alguns possam achar isso romântico demais, ou idealista demais, mas é verdadeiro. (CPró/PET-Saúde)*

*[...] as rosas são lindas, mas você tem espinhos e esses espinhos às vezes machucam e então, em alguns momentos, você tem vontade de parar. [...] mas eu sei que tenho algumas convicções e eu vou atrás delas. [...]. Como espinhos, a gente encontra pessoas que não querem, muitas vezes, ver que aquilo aconteça. (CPró/PET-Saúde)*

*[...] as pessoas têm de ser parceiras, querendo ou não, elas têm de ser, gostando ou não de você, mas é por aquilo que você acredita. (CPró/PET-Saúde)*

Fica evidente também a preocupação em falar do Pró/PET-Saúde como atividade que requer momentos de muito trabalho e acréscimos de funções, que não estavam previamente estabelecidas nas especificidades das atividades exercidas pelos sujeitos junto ao projeto. Ao mesmo tempo em que não se configuram como elementos determinantes que pudessem interferir em suas vontades para participar.

*[...] nós tutores, ajudamos também na coleta de dados. Então, é muito trabalho, não é pouca coisa, mas se eu tivesse de fazer de novo, faria, porque foi riquíssimo. (TA1)*

### 5.1.2 Satisfações e insatisfações em relação ao Pró/PET-Saúde

Nesta unidade temática resgato, semanticamente, os sentidos inerentes aos fatores de satisfações e insatisfações com os programas, em relação ao cumprimento de seus objetivos e dos compromissos previamente assumidos pelos parceiros. Vejamos os recortes selecionados:

Quanto às satisfações:

*O que mais agrada na coordenação do Pró/PET-Saúde é você poder realmente trabalhar com as outras profissões, [...]. Isto para mim, foi o maior ganho que o projeto teve, e a desenvoltura desses estudantes foi notória, então era mesmo por trabalharem naquilo que acreditavam. (CPró/PET-Saúde)*

*[...] A gente fala muito de trabalho em equipe, mas ainda é muito estratificado dentro da própria formação na universidade. A formação é individualizada, cada um no seu mundo, [...] não sabemos o que o outro faz e eu acho que as potencialidades das profissões se somam e a gente consegue resultados*

*melhores. Isso me agradou, o PET fez muito isso com esses alunos, mostrando que eles são maiores se estiverem juntos, somando suas potencialidades. (P2-UBS y)*

Esses relatos trazem a crença na importância da interdisciplinaridade como novo modo de organizar e praticar a atenção à saúde. Esta “ arte do tecido que nunca deixa ocorrer o divórcio entre seus elementos, entretanto, de um tecido bem trançado e flexível” (FAZENDA, 2008, p. 29), como prática para a atuação dos alunos na AB. Estão aí indicados os caminhos a serem seguidos, como possibilidades mais amplas de os alunos trabalharem, juntos, naquilo que realmente acreditam, sem abolir as especificidades dos diversos componentes da equipe. O aprendizado em contexto de compartilhamento de saberes pode ser mais satisfatório e resultar em maior empenho do aluno, assim como na melhoria do desenvolvimento da prestação dos serviços assistenciais (HAMMICK et al., 2007; REEVES et al., 2013).

Neste sentido, Japiassu (1976) considera a interdisciplinaridade em duas vertentes, como prática individual e como prática coletiva. Enquanto prática individual, apresenta-se na forma de tomada de atitude, movida pela curiosidade e senso de descoberta e, como prática coletiva, está pautada na receptividade ao diálogo para o trabalho em equipe.

Outro motivo para satisfação foi apontado pela preceptora, quando fala do PET-Saúde como possibilidade para “*aprender e ensinar*”:

*O que mais me agradou foi a troca com os alunos. Parece que é um universo muito diferente, e a gente pensa que vai ensinar, mas aprende muito com eles, eles trazem as vivências da universidade, e a gente aprende e ensina. (P3-UBS Y)*

Aqui aparece o reconhecimento do papel de educadora inerente à preceptoria. O envolvimento dos preceptores dos serviços no processo de ensino-aprendizagem consta do Instrutivo para Elaboração das Propostas do Edital nº 24 Pró/PET-Saúde, de quinze de dezembro de 2011, que apresenta algumas diretrizes para contribuir com mudança na formação e qualificação dos profissionais da Saúde. Imbuída na própria definição da SGTES, que define o preceptor como profissional com função de supervisão docente-assistencial, dirigida aos profissionais da Saúde que exercem atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes (BRASIL, 2012).

Apesar de não desenvolver suas atividades no âmbito da academia, propriamente dito, o fato de se reconhecer como educadora, atribui-lhe responsabilidades com o processo de formação dos enfermeiros em conformidade com as DCN/ENF, que prevê esta formação para atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Isto é ratificado na fala de outra preceptora.

*[...]. Então isso foi bem gratificante para o meu trabalho, ajudar os alunos a construírem esta identidade de verdade do SUS. (P2-UBS y)*

Da mesma forma, aparece nos relatos a confirmação de que oportunidades para vivências com a saúde pública e a comunidade agregam valor à formação porque desenvolvem nos alunos afinidades com a pesquisa, assim como senso de disciplina e responsabilidade.

*O que mais me agradou no PET, essa vivência com a saúde pública, [...].[...] é essa provocação para o estudo, disciplina e responsabilidade que vem da aproximação com a comunidade [...]. ( AI)*

Este achado corrobora com as enunciações dos “**desenvolvimentos potenciais do Pró-Saúde**”: a aproximação do ensino em Saúde com os serviços ligados à AB proporciona compreensão do processo saúde-doença, por meio da inserção precoce do aluno em experiências de vivências na comunidade.

As entrevistadas também apontaram insatisfações em relação aos fatores que interferiram no cumprimento dos objetivos dos programas Pró/PET-Saúde e dos compromissos assumidos. Entre os objetivos específicos destacam-se: (a) reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; (b) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas para a melhoria da qualidade e a resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, a integração da rede pública de serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; (c) incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra referência; (d) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia, no contexto do SUS.

Seguem os relatos:

*O envolvimento dos professores com os projetos, não é muito grande. Fica mais restrito nos tutores, e, nos serviços, fica mais restrito aos preceptores. [...]. Você ainda não tem um grande número de pessoas envolvidas, nem a metade, eu acho, conseguiu ter uma noção do que era mesmo o projeto. (CPró/PET-Saúde)*

Apple (2006) assegura que os valores sociais e econômicos já estão postos nos projetos das instituições em que trabalhamos, no “*corpus* formal do conhecimento escolar” (p.42) e nossa atuação, mesmo frequentemente de forma inconsciente, é como veículos para manifestação desses valores. Assim, a questão não está mais em como fazer para ficar acima da escolha, mas nos valores que devemos afinal escolher, pois é impossível não estar, de alguma forma, comprometido. O autor propõe que o educador, como ser político, responda a difícil questão “Qual é o meu lugar nisso tudo”? (APPLE, 2006, p. 45), para possível envolvimento com as implicações éticas, políticas e econômicas de seus atos.

Concordo com o autor e posso inferir que o fato de os professores não se envolverem com propostas de mudanças, já demonstra que suas escolhas foram feitas, atuam como reprodutores ativos do *status quo*, no sentido de que desenvolvem papel importante na manutenção das condições herdadas da realidade (SACRISTÁN, 2000). Assim, recorro às admoestações de Ball (2002) e Bernstein (1996), para que os professores observem as subjetividades em mudança. Subjetividades que os levam a atribuir novos significados à docência e aproveitar o processo de mudança para aprender com ela, sem, fundamentalmente, serem transformados por ela, mas pensarem em quem são e naquilo que poderão vir a ser.

A falta de envolvimento dos professores da IES com os programas foi ratificada nas falas das alunas, cujos relatos dão conta de que houve desídia também por parte dos trabalhadores da UBS e dos alunos bolsistas.

*[...] Tanto que tínhamos professores, dentro da universidade, para quem falávamos temos uma reunião do PET e ele perguntava “o que é isso”? Estavam na Escola e não sabiam. Fica realmente restrito àqueles que participam do projeto diretamente. Ficou muito restrito à militância. (A3)*

*[...]. Não houve esse envolvimento das pessoas que trabalhavam na UBS, mesmo dos preceptores [...]. (A3)*

*[...]. Fiquei muito triste, por exemplo, de gente que estava recebendo a bolsa e nunca aparecia em reuniões. [...] Então, assim, eu acho que é um dinheiro público jogado no lixo. [...] a pessoa não tem comprometimento nenhum, não agrega conhecimento para ela, [...]. (A1)*

Os programas, enquanto estratégicos para a formação de profissionais com perfis adequados às necessidades e às políticas de Saúde do País, competem a todos os envolvidos e

devem ser compartilhados no cotidiano das IES e dos serviços, na busca pela construção de sentido de pertencimento no corpo coletivo e na formação de vínculos, quando se pretende atender a relevância e responsabilidade social do ensino e do trabalho. É mister considerar que as práticas de ensinar, aprender e atuar em Saúde partam da regulação pública sob a direção política do SUS, da compreensão de saúde como bem público, conforme consta na CF de 1988.

A valorização dos processos micro políticos e a ação dos profissionais que manejam as políticas, no nível local em que são implantadas, demonstram necessária articulação entre os processos macro e micro, como entidades inter-relacionadas e sócio historicamente condicionadas (BOWE; BALL; GOLD, 1992). Por isto os professores e outros profissionais que atuam no **contexto da prática** desempenham papéis ativos neste processo de interpretação e recriação das políticas educativas, a partir de suas relações sociais e do entendimento de sua atuação, o que têm implicações no processo de implantação dessas mesmas políticas.

Ball (2008), interessado em questões sobre essa ontologia da política, particularmente com a forma como tornamos as políticas “encarnadas” (p.46), postula que as políticas normalmente não dizem o que fazer: os textos políticos colocam problemas que precisam ser resolvidos de forma localizada, no contexto, pelas pessoas nas relações com o outro.

Neste sentido, quando possíveis envolvimento nos programas no nível micro são comprometidos, por desconhecimento ou desídia, enfraquece os compromissos previamente estabelecidos entre o Setor da Saúde e o Setor da Educação, no nível macro. Estes compromissos, desde sua formulação inicial no **contexto de influência** até sua implantação no **contexto da prática** dos serviços, necessitam da adesão dos gestores, dos docentes, dos estudantes, dos trabalhadores e dos pesquisadores para posterior legitimidade e consequente “retroalimentação” da gestão pública do ensino.

Motivo de insatisfação adveio do *status* que a IES atribuiu aos programas. Na percepção da entrevistada seguinte, os projetos PET-Saúde funcionavam como *pequenas ilhas*.

[...]. Acho que essa mistura com os demais PET também seria muito legal e a gente não teve. Os PET funcionavam com pequenas ilhas, não conversavam entre si, nem nas mesmas grandes áreas. ( A2)

Recorro aqui ao conceito de EIP, reconhecida pela OMS como ferramenta capaz de ajudar a lidar com as mudanças provocadas pelas inovações das políticas públicas no setor Saúde e suas relações com a força de trabalho. EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). O MS utilizou essa orientação para auxiliar na justificação de suas políticas para a formação do



pessoal da Saúde: Realiza-se como EIP, no intuito de promover a melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades, valoriza o trabalho em equipe, a integração e as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2013).

Apesar de os PET-Saúde serem compostos por mais de uma profissão, como previsto no Edital Nº 24 Pró/PET-Saúde, de quinze de dezembro de 2011, e no caso dessa IES havia oito projetos PET-Saúde, o fato de não haver integração entre os PET caracteriza não observância por estes preceitos como oportunidades para estabelecer bases comuns de conhecimento, modificar atitudes recíprocas e melhorar os serviços e as experiências dos usuários (BARR et al., 2005).

Os programas não foram incorporados ao cotidiano acadêmico e nem mesmo foi lhes atribuída a devida importância na matriz curricular, conforme afirma a aluna:

*O que menos me agradou eu acho que foi o retorno da universidade [...]. Ficamos 2 anos no projeto e senti que o nosso tempo no projeto não foi tão valorizado pela universidade. Um exemplo, carga horária, ficamos 2 anos no projeto com uma CH de 8 h semanais e isso não reverteu pra gente no currículo. [...]. Então esta é uma reclamação, com relação à universidade em realmente incorporar o pet. (A2)*

Para incorporar o PET-Saúde na matriz curricular, novos sentidos precisariam ser construídos e considerados em contexto que deve conceber a Educação como possibilidade de emancipação humana, em substituição aos antigos pressupostos de que o conhecimento advém somente de princípios instrumentais que objetivam a racionalização e a sistematização, construídas por meio dos discursos científicos e pedagógicos.

Por se tratar de um Programa de Educação pelo Trabalho, o PET-Saúde privilegia a consolidação da integração ensino – serviço – comunidade e a educação pelo trabalho em atuações nos cenários de prática. Isto pode parecer contraposição aos interesses da ciência, porém, enfatizar a prática não implica desvalorizar a teoria, mas considerar que a conformidade abstrata e a demonstração teórica desvinculadas da realidade social e da verificação da atividade prática não possuem valor algum (LEFEBVRE, 1979; SACRISTÁN, 2000).

O relato a seguir traz um ponto importante, as preceptoras desconheciam os PPP dos cursos e também os projetos PET-Saúde em que estiveram inseridas. Esta falta de conhecimento foi reconhecida por uma preceptora, a qual aponta que a consequência disso foi não agregar valor ao seu trabalho:

*[...] Acho que essa foi uma dificuldade. Nem os preceptores dos alunos conhecem os PPP dos cursos em que eles acompanham. [...] Nem o próprio projeto PET que ele participou, ele não conhece. (TA2)*

*[...]. Se eu conhecesse o PPP dos cursos dos alunos que acompanhei, eu acho que poderia ter agregado algum valor ao meu trabalho. (P2-UBS y)*

Se considerarmos os PPP dos Cursos de Graduação em Enfermagem como instrumento de participação e de planejamento para a formação dos enfermeiros em conformidade com as DCN/ENF, um dos elementos basilares para a condução dessa formação é o perfil do formando egresso. Esse desconhecimento sobre a vocação da IES, por parte das preceptoras pode ter influído de maneira desfavorável para o entendimento dos papéis que deveriam ser exercidos por elas, frente ao processo ensino-aprendizagem dos alunos, pois como já visto, a função de educadora é inerente à preceptoria. Precisamos saber o que esperam de nós (BALL, 2005). O professor agrega valor ao seu trabalho quando conhece o que se espera dele, para que possa avaliar suas relações com possíveis compromissos e fazer suas escolhas enquanto educadores e cidadãos.

Identifiquei ainda, a defesa da necessidade em se estreitar as relações entre a IES, os formuladores de políticas e os gestores dos serviços de saúde, a fim de se estabelecer corresponsabilidades, para tornar possível a participação de alunos, tutores e preceptores nos programas. Nos relatos das entrevistadas, os PET-Saúde contribuíram para as atividades dos serviços, porém, não foram reconhecidos como parte curricular, os esforços pessoais dos integrantes dos projetos definiram seus rumos.

*O PET que participei foi muito complicado porque os alunos não tinham hora livre para participar. Eles tinham de ter 8 h por semana para participar do projeto, mas nos currículos não tinha 8 horas livres para esses meninos se juntarem. Então, os alunos, e nós professores, tínhamos de fazer todas as atividades normais dos cursos e nos reunirmos de noite [...]. (TA1)*

*[...] Nós tínhamos um dia na semana para irmos para a UBS, mas o dia que era bom para enfermagem não era para medicina ou farmácia. [...] Cada grupo fazia seu horário e isso atrapalhou o trabalho em equipe, [...]. (A2)*

*A gente não tinha um horário na UBS para dedicar ao PET. A gente fazia como a gente faz com as outras preceptorias, no meio da nossa rotina de trabalho, [...]. Então, não tinha um tempo pra parar, pensar, e falar disso, [...]. (P1-UBS X)*

*Eu fui para o campo e os alunos tiveram esse acompanhamento comigo, mas não com os preceptores. Tinha de ter tido, na minha opinião, alguma discussão na esfera federal e municipal para que isso pudesse ser resolvido, porque com o PET, o serviço também estava sendo feito, mas enfim. (TA2)*

Corroborando com este achado, a pesquisa desenvolvida por Camara, Grosseman e Pinho (2015) para os quais “o sucesso das iniciativas do PET-Saúde tem sido atribuído ao trabalho individual e à motivação dos docentes envolvidos, que contam com pouco ou nenhum apoio institucional” (p.15). O fato das participações de professores, alunos e preceptores serem prejudicadas devido à ausência de horário livre, pode indicar um descompasso entre os

objetivos do PET-Saúde e sua efetivação. Como fazer a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas de acordo com as necessidades do SUS, a partir da articulação entre ensino, serviços de saúde e comunidade, sem contar com o efetivo engajamento dos integrantes do processo?

O relato a seguir evidencia essa fragilidade:

*[...] Aqui não foram formados grupos tutoriais para seguir nas discussões da problemática do câncer de mama e de colo de útero, não temos mais discussões sobre esse assunto, pelo menos não de forma organizada, como proposto pelo PET. O PET foi algo muito pontual. Fez, saiu, acabou. (P1-UBS X)*

Faltou apoio dos gestores municipais e de gestores das UBS, em momentos de mudança de governo e transição de poder político, para agregar compromissos assumidos pela administração anterior:

*[...] depois da troca da gestão, aí a gente teve dificuldade para receber os alunos. O secretário que assumiu não quis mais que recebêssemos os alunos na UBS. Não quis mais encampar um compromisso assumido pela administração anterior. (P2-UBS y)*

*Hoje estão fulano, beltrano e cicrano, amanhã porque mudou ah! Porque não gosto muito de você, mudou o partido político, aí muda tudo e tem de começar tudo de novo. (TA2)*

*[...]. Então, os preceptores que saíram não foram substituídos, terminou nosso PET faltando preceptores. Isso porque quem indica os preceptores é o secretário de saúde do município e para ele não era prioridade. (P3-UBS Y)*

Essas frequentes rupturas do processo de integração e articulação das IES com os serviços de saúde, devido a mudanças dos gestores, já foram identificadas em situações anteriores e precisam ser reconhecidas na busca por mecanismos que contribuam para a superação das mesmas (BRASIL, 2011). Tal exige "uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos" (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 181), em compromisso de responsabilidade compartilhada pelo cuidado.

Autores como Albuquerque et al. (2008) defendem que a mudança na formação dos profissionais de saúde decorre da articulação entre ensino – serviço, e também entre o espaço de reflexão sobre a produção de cuidados e a necessidade da substituição do modelo assistencial vigente por outro, que considere as necessidades dos usuários. Faz-se, assim, necessário ampliação dos espaços de diálogo e de sensibilização dos envolvidos para sua corresponsabilização, tanto com a formação de novos profissionais quanto com a prestação de cuidados em saúde.

Outra insatisfação apresentada pelas entrevistadas diz respeito ao fato de os trabalhos na UBS não terem sido concluídos. Da mesma forma, causou frustração a ausência de

devolutiva sobre os resultados do projeto, de forma a possibilitarem o envolvimento dos trabalhadores e da comunidade e a consequente implantação de proposituras, para adequação dos serviços às necessidades dos usuários. O desconhecimento sobre os resultados do projeto levou os trabalhadores a se questionarem sobre suas participações, como se tivessem sido um desperdício de tempo, pois não encontraram sentido naquilo que fizeram.

Vejamos os relatos:

*[...] Eu acho que esse foi o único ponto negativo, a saída antecipada da UBS, foi não concluir e dar compreensão para todos os níveis de profissionais que estão aqui. [...] Também não chegamos a concluir os trabalhos, [...]. Isso causou frustração. (P2-UBS y)*

*[...] O que não finalizou foi todos participarem da devolutiva da experiência dos alunos aqui. Muitos dos nossos profissionais ficaram assim “tá vendo, eles estavam aqui, a gente ficava junto com eles, eles vinham, perguntavam a gente respondia. Mas pra que?” (P2-UBS y)*

*[...] teve gente aqui que não entendeu nada e não sabe até hoje o que aconteceu. [...]. Acho que o projeto só atingiu os mesmos que participaram diretamente dele [...]. O PET não foi discutido aqui na UBS, enquanto uma proposta para o trabalho em equipe [...]. (P1-UBS X)*

*Eu acredito que os compromissos estabelecidos no projeto PET entre os parceiros foram parcialmente cumpridos. A falha foi em não darmos retorno aos serviços e à comunidade. Fizemos as pesquisas, mas não implementamos as propostas que emanaram das pesquisas. Isso eu acho que foi uma falha para o cumprimento dos compromissos. (A1)*

No momento em que os parceiros elaboram os projetos Pró/PET-Saúde, assumem compromissos que estão, inclusive, relacionados com o cumprimento dos objetivos dos programas. No caso da IES em estudo, os elementos apontados como motivos de insatisfações foram justamente aqueles relacionados com o não cumprimento ou cumprimento parcial dos compromissos assumidos. Nesse processo, estiveram envolvidos diversos fatores, entre os quais, a desídia de alunos e o não envolvimento de professores e pessoal dos serviços.

Afirmo, porém, que a maior incongruência foi a obstrução imposta pelos gestores da política no município. Isso contribuiu deveras para o não cumprimento dos objetivos dos programas. Ficou claro que houve descontinuidade político-administrativa, que segundo Nogueira (2006) caracteriza-se como a interrupção de iniciativas, mudanças radicais de prioridades e engavetamento de planos futuros, sempre em função de um viés político, desprezando-se considerações sobre possíveis qualidades ou méritos que tenham tido até então as ações, que tornam-se descontinuadas.

Identifiquei como incongruente, tal obstrução, porque a responsabilidade da União com a Educação na Saúde é respaldada na descentralização e municipalização da gestão, em conformidade com a ordem jurídico-política do País, a exemplo do Pacto pela Saúde (BRASIL,

2006). Aqui, o Pacto de Gestão estabelece as diretrizes para a gestão do SUS de cada ente federado, quanto às responsabilidades na Programação Pactuada e Integrada, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Desta feita, aos municípios cabe a gestão local do Sistema.

Não obstante, estudo desenvolvido por Machado, Cotta e Soares (2015) aponta que a descontinuidade político-administrativa nos municípios é um fenômeno recorrente e complexo e acarreta prejuízos financeiros, organizacionais e pessoais ao serviço público. Ainda, na percepção de Teixeira (1995) a continuidade ou não dos projetos é determinada pelos interesses político-partidários, ou mesmo, pelo interesse dos dirigentes, assim como são, muitas vezes, os cargos de secretário municipal de saúde ou membros do CMS ocupados por meio de indicações daqueles.

Compreendo que seja preciso soltar essas amarras e caminhar em direção à construção coletiva de projetos, consubstanciados nas Linhas de Cuidado prestadas nos cotidianos dos serviços e em suas necessidades, a partir de diversos pontos de vista, respaldados no arcabouço institucional e decisório vigente no SUS, com participação ativa dos usuários por meio de seus representantes nos CMS, Conselhos Gestores de UBS e de Programas. Essa governabilidade, compreendida como a capacidade de decisão e ação política pelo exercício democrático, pode servir como guia para ampliar a responsabilização.

## 5.2 A INTERFACE COM A INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS EM SAÚDE

Esta categoria está associada à interface da integralidade enquanto princípio filosófico do SUS que deve permear todo o processo, desde a origem das políticas no âmbito do Legislativo, a assistência propriamente dita e a gestão dos serviços. Verifiquei que as entrevistadas utilizaram conceitos como multiprofissional e interprofissional para a formação dos profissionais de saúde e destacaram o papel da universidade para construir com os estudantes esse “*saber trabalhar junto*” no contexto da abordagem integral e resolutive do processo saúde-doença. Da mesma forma, apareceu o conceito de publicização.

Destaco nesta categoria o fato da construção dos projetos partirem de ações compartilhadas “possíveis” entre os parceiros, IES e serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que não houve menção à participação da comunidade durante o processo de tomada de decisão de quais seriam seus reais interesses.

### 5.2.1 A interface do Pró/PET-Saúde com a integralidade dos cuidados

Avaliar significados, valores e crenças das entrevistadas, em relação ao Pró/PET-Saúde e sua interface com a integralidade dos cuidados em saúde, permitiu a compreensão de como o modelo de reorientação para a formação dos enfermeiros foi por elas percebido. Os relatos foram feitos na perspectiva da abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença, a partir da inserção dos alunos nos cenários de prática da AB. Também, o contexto da interdisciplinaridade foi apontado como oportunidade para o aluno construir e mudar atitudes relacionadas tanto à criação de identidade com o SUS, quanto à saúde preventiva; além disso, foi propiciador de sua aproximação com o perfil traçado pela DCN/ENF.

Vejamos os relatos que simbolizam esta afirmação:

*A amplitude de conhecimento do aluno que participa do PET-Saúde é muuuuuuuuuu maior, porque ele conhece aquilo que a gente queria mesmo, o SUS. [...] Nos cenários de prática esses alunos entendem melhor a população, dentro de suas dificuldades, de sua realidade. (CPró/PET-Saúde)*

*A hora em que o aluno participou integral da assistência no processo saúde-doença, ele conseguiu entender a doença, [...]. consegue ver o norte, no seu contexto socioeconômico e cultural, mesmo. (TA2)*

*[...]. Acho que para construir e mudar atitudes, todos deveriam ter a oportunidade de participar do PET. Ter a possibilidade de vivenciar essa experiência, estar dentro de uma UBS. Eu acho que isso iria construir uma identidade diferente para o SUS e para a saúde preventiva. (P2-UBS y)*

Neste sentido, experiência exitosa foi apontada por Carbogim et al. (2014) ao analisarem o PPP do Curso de Graduação em Enfermagem, aplicado em uma IES, com base nas DCN/ENF, compreendidas enquanto propostas de transformação curricular e estratégias de ensino que viabilizem a integralidade do cuidado. A análise dos documentos permitiu o estabelecimento de forte influência das DCN/ENF sobre o PPP do curso. O que corrobora com a afirmação de Marçal et al. (2014) sobre a criação e o desenvolvimento do PPP, que se caracteriza por ser processo complexo e deve refletir as DCN. As DCN/ENF expressam a necessidade de se formar o aluno com ênfase no SUS, com vistas à integralidade do cuidado para dar respostas às necessidades dos usuários (CARBOGIM et al., 2014).

Destaco o relato feito por uma Tutora:

*[...] o aluno não pode ficar fechado dentro da universidade. Essa integração entre a AB, o ambulatório e o hospital é que permite ao aluno compreender a Rede de atenção em saúde. [...] você pode ser um superespecialista em UTI, mas você deve entender que um paciente, quando tem alta da UTI para ir para casa, ele volta para este lugar na comunidade. Nessa casa sem janela, nessa família que trabalha o dia inteiro e ele fica sozinho. [...] então, se você*

*não fazer uma carta referenciando o paciente para AB, para que os profissionais da AB possam assumir os cuidados de saúde dessa pessoa, não adianta nada, daqui a 2 meses esse paciente vai estar de volta à UTI do seu hospital. (TA1)*

Fica evidente a preocupação em formar o aluno a partir de experiências nos cenários de prática da AB e na integralidade da assistência. Nas percepções das entrevistadas, o Pró/PET-Saúde apresenta-se como elemento importante nesse percurso, pois a melhor maneira de aprender é aprender ao fazer e vivenciar experiências no cotidiano de vida das pessoas e do funcionamento do sistema público de saúde. Suceder abordagens e intervenções mais amplas advém da possibilidade de os alunos refletirem sobre a possível racionalidade que conduz suas práticas, de perceberem que a subjetividade está presente no processo de adoecimento e cura.

Na sequência, o relato refere-se à importância da saúde pública como escolha, haja vista o fato de apenas os alunos que gostam e acreditam na saúde pública participarem do PET-Saúde e advir daí o diferencial na formação desses alunos em relação a AB, a diferença está em suas subjetividades:

*[...] Eu não sei dizer se aluno que participou do PET tem mais chance de sair mais preparado só porque participou. [...]. Então, seria mais ou menos assim: somente o aluno que gosta de saúde pública está no PET. Então os alunos que estão no PET já apresentam esse diferencial em relação à assistência na AB, porque gostam, acreditam nela e militam. Então eu acho que é isso que faz a diferença entre o aluno do PET para o não PET. [...]. (A2)*

O PET-Saúde possui a capacidade de criar possibilidades para a prática da saúde pública. Os alunos que, antes imbuídos de crenças e valores em relação à AB, assumem o compromisso de participar do projeto porque se identificam com ele. Neste sentido as escolas são formas sociais que ampliam as predisposições humanas, possuem a capacidade de habilitar as pessoas a intervir na formação de suas próprias subjetividades (GIROUX; SIMON, 2013).

Subjacente às colocações das entrevistadas está o propósito do aluno em adquirir habilidades para o futuro manejo do Sistema e consequente resolutividade de suas ações. Como princípio do SUS, a resolutividade é uma das maneiras de avaliação dos serviços de saúde por meio do resultado advindo do atendimento aos usuários do Sistema. Tem por definição a capacidade de dar solução aos problemas dos usuários dos serviços de saúde, de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o, conforme o nível de complexidade de suas demandas, para onde possam ser atendidas (BRASIL, 1990a).

Isto requer competência dos profissionais da Saúde nos aspectos técnico-científicos e também relacionais. É do arranjo entre as valises, como definido por Mehry (2002), que resulta prática mais centrada em procedimentos ou mais centrada no cuidado aos usuários. Para tanto,

é preciso investir em ações profissionais interdependentes e lutar pela construção de espaços de ensino e trabalho em que todos gozem do prestígio de credibilidade entre seus pares.

O trabalho em equipe de saúde que articule ações profissionais interdependentes faz-se mediante a superação do modelo hegemônico de assistência, centrado no médico, em seus saberes e poder. É função das instituições formadoras promover encontros dos futuros profissionais como espaços favoráveis para a multirreferencialidade (ALMEIDA FILHO, 2014) e construção de novas práticas, pois a postura futura dos alunos remete diretamente ao modelo formador e à relação professor-aluno, no processo ensino-aprendizagem (FREIRE, 2005).

Como se pode verificar nas falas da Coordenadora e Tutora, há destaque para o fato de que o *olhar médico* não pode ser o foco central do processo, uma vez que esse deve representar outros olhares que articulem a dinâmica multiprofissional, como possibilidade de mudança necessária à formação. Essa construção de saberes compartilhado deverá ser realizada no âmbito das instituições formadoras, de modo a refletir em ações interprofissionais no âmbito dos serviços.

Vejamos os relatos:

*Enquanto o médico só formar e só trabalhar mediante um olhar médico, nós não mudaremos o cenário, porque eu tenho de mostrar, na universidade, durante a formação, que eles têm de saber trabalhar junto com os demais profissionais de saúde. Mas tem de ser aqui dentro, na formação, senão depois, nos serviços, um não vai entender o que o outro faz e daí você não tem o tal do multiprofissional, interprofissional . (CPró/PET-Saúde)*

*[...] a convivência dos alunos entre si, é uma coisa mmmuuuiitttooo legal, porque você rompe essa premissa de que médico é médico e o resto é resto. (TA1)*

Com efeito, estudo de Reis et al. (2013) aponta o Pró/PET-Saúde como programas de ensino que estimulam a formação de profissionais críticos, reflexivos e dinâmicos para atuar especialmente no trabalho em equipe, mediante estratégias de aprendizagens pautadas no diálogo, respeito, vínculo e colaboração interprofissional.

As entrevistadas mencionam também os novos rumos tomados pela saúde pública em função da publicização dos serviços da AB, por meio das Organizações Sociais (OS). Vejamos:

*Agora, acho que a publicização da saúde, as Organizações Sociais (OS), foi assim muito ruim, foi um tiro no pé da saúde pública. [...] salários péssimos do governo, os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde têm um salário vergonhoso, perto dos salários das OS, os funcionários velhos estão saindo, aposentando e não estão sendo repostos na velocidade que tem de ser feita. (TA1)*



A publicização surgiu no contexto neoliberal, por ocasião da redução do tamanho do Estado, especificamente no que concerne à desresponsabilização na prestação de serviços sociais, por meio da transferência da gestão de serviços públicos para instituições não estatais ou Organizações Não Governamentais (ONG), representantes do denominado terceiro setor (LEITE, 1999).

Seria o setor público não estatal, no sentido de execução de serviços e gestão das políticas públicas que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados. Assim, foi criado o modelo de OS para fazer parte da dinâmica da Reforma do Estado, com suposta finalidade de agilizar e tornar eficiente os serviços públicos. No setor Saúde as OS são denominadas Organizações Sociais de Saúde (OSS) e fazem parte de modelo de parceria adotado pelos governos e prefeituras para a gestão de unidades de saúde.

São essas as OS das quais a entrevistada se refere, compreendidas como “*um tiro no pé da saúde pública*”. Os investimentos públicos por meio de celebração de Contrato de Gestão, com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde, fazem das OSS supostas representantes dos interesses do SUS. Ao mesmo tempo em que o poder público negligencia sua função de administrar os recursos humanos para a saúde, conforme previsto no arcabouço legal.

Em um dos relatos, a professora afirma a desvalorização social dos profissionais que trabalham na AB, vistos como pessoas que não conseguiram outras oportunidades de trabalho mais gratificantes e principalmente, mais rentáveis.

*[...] infelizmente, pais, parentes sentem vergonha de dizer que seus familiares trabalham na AB. Até mesmo o médico que trabalha na AB se envergonha. Para a sociedade, parece que são pessoas que não tiveram oportunidades como profissionais, ou então são velhinhos que estão esperando a aposentadoria, então vão para a AB esperar pela aposentadoria. (TA1)*

A ideologia individualista do setor privado, promove a crença que considera o serviço público apenas como emprego mal remunerado que oferece estabilidade e está em posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes (ALMEIDA FILHO, 2011). Somados ao incremento do mercado privado de saúde, a precarização dos vínculos empregatícios nos serviços públicos de saúde, por meio das relações contratuais realizados pelas OS em detrimento dos concursos públicos, salários precários e jornada excessiva (TRINDADE; PIRES, 2013), concorrem como obstáculos à formação dos enfermeiros generalistas e sua inserção na AB em saúde. O que precisa é a valorização do trabalho das pessoas nos serviços da AB, para que resgatem o sentimento de pertencimento.

### 5.2.2 A construção compartilhada possível

Ao analisar o conteúdo, pude perceber que a implantação do Pró/PET-Saúde nos cenários de prática e os papéis desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – serviços de saúde e comunidade) e de seus prepostos para inserção dos estudantes no cenário real da prática, se deu por meio da construção de interesses compartilhados entre os parceiros: IES e SMS.

O que chamou a atenção foi que, apesar de a comunidade ser considerada no escopo do Pró/PET-Saúde como um dos sujeitos deste processo, em momento algum houve menção à participação da comunidade.

*Nas pactuações entre a SMS e a universidade isso tudo se deu, desenvolver PET pertinentes aos temas que estavam sendo trabalhados nas Linhas de Cuidado.(P2-UBS y)*

*[...] nós construímos o projeto em cima de dados que a própria Secretaria, Coordenadoria Regional de Saúde tinha como prioridade. (CPró/PET-Saúde)*

*[...] A IES, junto com as SMS, deveriam escolher, entre os 14, quais os 8 projetos permaneceriam, apesar de todos serem pertinentes. O que foi decidido em conjunto pela equipe de trabalho. (CPró/PET-Saúde)*

A participação da comunidade na elaboração e implantação do Pró/PET-Saúde foi garantida no Edital Nº 24, de vinte e quatro de dezembro de 2015, da seleção de projetos de IES. As propostas deveriam, obrigatoriamente, passar pelas instâncias decisórias do SUS. As discussões nas CIES e pactuações na Comissão Inter gestores Regional (CIR), CIB e CMS, gerariam pareceres determinantes para o prosseguimento do processo de elaboração final das Propostas referentes aos programas, assim como seus monitoramentos e avaliações.

Diante das exigências previstas na estrutura legal, certamente no caso da IES em estudo, a parceria com a comunidade foi possível por meio de suas representações nessas instâncias. Ao mesmo tempo, o fato de não haver menção dessa participação nos relatos das entrevistadas levou-me a inferir que esta participação foi desconsiderada, ou por ser muito fraca e passou despercebida, ou por não fazer parte dos repertórios de significados e crenças sobre a legitimidade dos canais de participação.

Nos relatos seguintes, percebi que os interesses dos serviços e da comunidade foram apreciados para a elaboração e implantação das Propostas nos cenários de prática. Considerei como elementos importantes nesse processo, os trabalhos desenvolvidos pela IES nas UBS ao longo dos anos anteriores à implantação dos projetos e a valorização dos sujeitos e do *status*

que ocuparam na equipe. Isto pôde ser percebido em relação à Tutora, à Preceptora e ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), considerados referências para o estabelecimento de vínculos entre a IES, a SMS, os serviços e a comunidade.

*Sempre respeitando muito o pessoal dos serviços e suas adversidades cotidianas, porque quem encara a realidade são eles, colaboramos naquilo que precisa [...]. E na verdade, não tivemos tanta dificuldade nos PET, porque isso já é feito nas UBS há mmmmuuuuuiitos anos, nos nossos vínculos com a comunidade. (TA1)*

*[...] os trabalhos dos alunos com a comunidade existem e são proveitosos para ambos, aluno e comunidade, principalmente porque utilizamos muitos equipamentos sociais da comunidade, igrejas, centros comunitários, quadras, creches, escolas. [...]. (TA1)*

*Uma das preceptoras do meu projeto era uma médica epidemiologista e os dados que resultaram da pesquisa, estão com ela. Essa médica acaba fazendo essa interface com a SMS porque ela é de lá. [...] Algumas propostas estão sendo implementadas no município, mas, por conta dessas intervenções. (TA2)*

*O PET de DM foi realizado no município de Várzea Alegre (nome fictício), a professora tutora era responsável pelo Centro de Referência do Idoso de Várzea Alegre (nome fictício), essa inserção dela facilitou. (TA1)*

*[...]. Portanto, o aluno muitas vezes sai para comunidade apenas com o ACS, mas nunca sozinho. O ACS é a referência para comunidade. [...]. (TA1)*

A noção de vínculo nos leva a refletir sobre a responsabilidade e o compromisso (MERHY, 1994). Afirma o autor: “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando intervenção nem burocrática e nem impessoal”. (p.138)

O fato de a IES desenvolver atividades nas mesmas UBS ao longo dos anos, a qualifica no domínio de vínculos com as especificidades apresentadas pelos serviços em suas adversidades cotidianas, a partir da observação e intervenção direta nas necessidades dos usuários. Respeitar o pessoal dos serviços por considerar que são eles quem encaram a realidade e tratar de colaborar naquilo que precisa, é uma forma de reconhecer o protagonismo dos trabalhadores da Saúde, mas sem eximir a universidade e os educadores do exercício da responsabilidade concorrente com a execução de trabalhos que sejam proveitosos, tanto para os alunos, quanto para a comunidade.

Nessa perspectiva, considerei que alguns sujeitos exerceram papéis de facilitadores, compreendidos como aqueles que se ocupam de apoiar o coletivo na identificação dos pontos críticos de seu cotidiano, fundamentais para a organização do processo de trabalho, da gestão e da identificação das ações educativas necessárias para cada equipe e local de trabalho (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Em relação ao ACS, estudos concluíram que

a posição em que ocupa na equipe de trabalho, pode facilitar a concretização da assistência à saúde integral, preconizada pelo SUS, e assim tornar-se importante elemento na mediação entre os serviços de saúde e seus usuários (FILGUEIRAS; SILVA, 2011; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

### 5.3 RECONTEXTUALIZAÇÃO DAS INTENÇÕES POLÍTICAS

Esta categoria é composta por elementos que permitem a compreensão da implantação dos programas Pró/PET-Saúde nos cenários de prática e os papéis desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – serviços de saúde – comunidade), em contexto de necessárias adaptações dos projetos à realidade local.

#### 5.3.1 Os cenários de prática como *locus* privilegiado

Não obstante às adversidades para o cumprimento dos objetivos previstos no projeto escrito, a prática da assistência agregou valor aos serviços, pois beneficiou a saúde das mulheres que foram atendidas por alunos envolvidos no projeto. Essa contextualização foi necessária para possibilitar a inserção das necessidades dos serviços de saúde e das usuárias como fonte de produção de conhecimento e pesquisa.

Vejamos os relatos:

*Acho que todo o conhecimento dos alunos foi buscado para resolver esses problemas que encontraram na prática, nos prontuários sobre os exames alterados e a necessidade de trazer essas mulheres de volta para o tratamento. (P1-UBS X)*

*[...] as alunas do PET trouxeram as mulheres com consultas atrasadas, de volta para a rotina das equipes. Então, na prática, essas mulheres foram beneficiadas com o projeto, [...].(P1-UBS X)*

*[...] Então, na prática, o PET foi bastante produtivo, causou um impacto favorável. (P2-UBS y)*

Isto me levou a crer na existência de um projeto escrito e um projeto praticado. Para a abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*) a articulação entre os processos macro e micro são importantes na análise de políticas educacionais. Ball e Bowe (1992) consideram a valorização dos processos micro políticos e a ação dos profissionais que manejam as políticas no nível local em que as políticas são implantadas. Nas palavras de Bernstein (1996) “toda vez

que um discurso se move, há espaço para a ideologia jogar” (p. 24, tradução nossa), pois as políticas são produtos de acordos, retrabalhadas, aperfeiçoadas e moduladas por meio de complexos processos de influência, produção e disseminação de textos, passam a ser recriadas nos contextos da prática (BALL, 1994).

Como visto anteriormente, nas pactuações legais entre os parceiros do Pró/PET-Saúde, foram prementes as considerações de temas pertinentes àqueles trabalhados nas Linhas de Cuidado da SMS para a AB, na elaboração das Propostas. Porém, na realidade dos serviços, os temas escolhidos não eram os mais importantes para atender às necessidades de saúde da população naquele momento. Assim, os processos relacionais interferiram para diferentes formas de interpretação daquilo que foi legislado (TADEU DA SILVA, 1995), e conforme as necessidades do cotidiano foram aparecendo, os “operadores” (BALL, 2001b) do processo fizeram adaptações do projeto à realidade local.

*[...] apesar de o tema do projeto não ser o mais importante para a população naquele momento [...]. (P3-UBS Y)*

*[...] pensando na realidade da comunidade. [...] Teve dias em que os alunos faziam palestras para a comunidade, e isso veio de propostas pensadas por nós, no PET. (P1-UBS X)*

Conforme relato da preceptora, os formuladores da política determinaram alçadas para os “operadores” do projeto escrito, que poderiam adaptá-lo segundo seus entendimentos sobre o que seria *mais relevante*:

*[...] disseram olha o projeto de vocês é esse e vocês terão de desenvolver partindo daqui, com ações e propósitos que vocês acharem mais relevante [...]. (P3-UBS Y)*

Concluí que com essa justaposição de projeto escrito e projeto praticado, os trabalhadores das UBS não estiveram excluídos do processo de formulação da política, pois foram provocados a participar ativamente na interpretação do texto dessa política e a relacioná-lo à prática. Na situação de coautoras do texto (BOWE; BALL; GOLD, 1992) as preceptoras fizeram importantes adaptações no seu fluxo, pensando na realidade da comunidade e em suas necessidades de saúde.

Enquanto micro processo político (MAINARDES, 2006), o **contexto da prática** oferece possibilidades para professores, alunos, gestores, trabalhadores e comunidade atuarem como sujeitos de seus destinos, em espaços que permitem o desenvolvimento de suas subjetividades, para, assim, travar autênticas relações e pactuações de compromissos. A recontextualização tem como função criar autonomia para a Educação.

## 5.4 MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Conhecer, a partir do domínio do PPP do Curso de Graduação em Enfermagem e dos Pró/PET-Saúde da IES, as expectativas e as perspectivas das entrevistadas para o futuro dos programas, ajudaram a identificar possíveis interferências desses em mudanças nas propostas curriculares para a formação dos enfermeiros e prováveis elementos restritores para essas mudanças.

### 5.4.1 Pró/PET-Saúde como estratégias para mudanças

Esta unidade temática traz a ideia de necessárias mudanças na formação profissional dos enfermeiros. Neste sentido, o Pró-Saúde e PET-Saúde aparecem como propulsores para reorientação na formação do aluno. Entretanto, essas mudanças beneficiariam apenas os alunos que participassem diretamente dos projetos e tivessem a possibilidade de vivenciar experiências de aprendizado interdisciplinar, junto à comunidade e de suas reais necessidades de saúde. Em se tratando de mudança na formação dos enfermeiros, para que todos os alunos sejam beneficiados, as novas propostas não podem ficar limitadas no âmbito dos programas. O Pró/PET-Saúde deve fomentar a abertura de espaços para outros projetos, outras atividades conjuntas entre os estudantes, na IES e nos serviços.

Reforça a importância de se trabalhar com as demandas das UBS e dentro das propostas do SUS, no sentido de promover a sustentabilidade dos serviços e produção de pesquisas. São prementes as relações entre o aluno aprender a produzir projetos e dar conta das questões levantadas futuramente, no cotidiano que irão trabalhar. Também apresenta alguns elementos compreendidos como restritores para alavancar esse processo de mudança.

O desejo da mudança é manifestado nas falas das entrevistadas:

*[...] no contexto da graduação de Enfermagem, nós mudamos o currículo. Foi em 2012, em cima da avaliação feita do primeiro Pró-Saúde, [...]. (CPró/PET-Saúde)*

*Aumentamos a carga horária das disciplinas da AB, tanto teórica, quanto prática, concentradas nos 3 e 4 ano. Então, o currículo deixou de ser concentrado nas questões terciárias, hospitalares para uma centralização na AB [...]. (CPró/PET-Saúde)*

Os relatos apontam para o fato de que foram providenciadas mudanças no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da IES, a partir da avaliação feita do primeiro Pró-Saúde

implantado. Houve influência dos programas na elaboração de novas propostas para a formação dos enfermeiros, galgada no manejo da Rede de Atenção à Saúde. Esta formação inverte a prioridade voltada para a atenção terciária, centrada nos cuidados de saúde de alta complexidade e prestada nos hospitais, para assistência em conformidade com a AB, desenvolvida no cotidiano das comunidades e no contexto das UBS. A ampliação de carga horária de atividades práticas na AB já foi apontada como avanço do Pró/PET-Saúde nas políticas e ações para formação e qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Ao mesmo tempo, o relato da Tutora nega tais mudanças:

*Não, eu não vejo mudanças. Só se está acontecendo e eu não percebo. Mas, assim têm algumas pessoas que defendem “ah, mas integrou”. Integrou não, juntou duas disciplinas num mesmo espaço, mas isso não quer dizer que esteja integrado. Integrado é, quando eu vou lá e atendo a mulher, atendo a criança, atendo a criança, atendo a mulher. A gente faz tudo. Agora ir num mesmo espaço, onde eu só atendo uma coisa e você atende outra, não é integrar. Isso é ocupar o mesmo espaço. (TA2)*

No seu entendimento, mudanças advêm de integração da assistência e não apenas de compartilhamento de espaços. A este compartilhamento de espaços se restringem as mudanças propostas no currículo do Curso de Graduação de Enfermagem da IES, o que contribui para o atraso na efetivação de mudanças na formação dos enfermeiros, de forma que atenda às reais necessidades de saúde da população, sobretudo na expectativa da integralidade do cuidado.

Já nas falas das preceptoras, o desconhecimento dos PPP do Curso de Graduação em Enfermagem da IES e dos projetos Pró/PET-Saúde, foram impeditivos para que estas proferissem comentários sobre possíveis mudanças:

*Não sei se houve mudanças nos PPP do curso de Enfermagem após a implementação do projeto Pró/PET-Saúde, porque não conheço o PPP do curso, a parte acadêmica não veio para cá, ficamos muito por conta da prática. Por isso não tenho como responder. (P1-UBS X)*

Considere-se que parece existir seleção entre aquilo que os integrantes dos cenários de prática devem saber e aquilo que deve ser de conhecimento exclusivo da academia. As preceptoras, mesmo ao exercerem funções de professoras, não gozaram do prestígio de pertencimento ao corpo acadêmico, por isso não foram direcionados esforços no sentido de inseri-las no processo ensino-aprendizagem a partir da imersão no cotidiano da IES. Vivenciaram experiências que as mantêm afastadas do conhecimento sobre a estrutura político-ideológica que sustenta o processo de ensino e da tomada de decisão em relação aos seus propósitos.

Conforme refere esta entrevistada, *ficamos muito por conta da prática*, como se a prática possuísse *corpus* próprio, desarticulado da vocação da IES. Tal impede que se apropriem da

capacidade para formar juízos sobre suas atuações, junto aos alunos, a ponto de não saberem se posicionar em relação às possíveis mudanças advindas de seu trabalho. Para Apple (2006), essa perda de controle dos professores sobre a seleção, organização e produção dos saberes que constituem a matéria-prima de seu trabalho caracteriza um dos principais fatores de sua desqualificação profissional.

Notei que também as alunas desconheciam os PPP do curso e o fato de haverem estudado em matriz de transição, impediu avaliação objetiva de possíveis mudanças em decorrência de interferências dos programas Pró/PET-Saúde:

*Então, eu não sei como era antes de ter o PET porque eu já entrei no curso após a implementação do PET e eu não conheço o PPP do curso, nem o atual, nem o anterior. Eu não reparei nada de diferente, não consigo fazer esse comparativo de antes e depois. (A1)*

*Eu sei que houve mudanças no PPP de antes de eu entrar no curso, essas mudanças eu não vi acontecerem, quando eu entrei já era essa matriz curricular que temos hoje. [...] Mas, enquanto eu estava no curso, não percebi. [...]. Minha matriz curricular foi de transição, por isso não vi mudanças. [...]. (A2)*

*Não notei mudanças. Ouvi dizer que o PPP foi reformulado, mas não notei mudanças. Pode ter acontecido, mas eu não notei. Não sei te falar porque não notei nada, pelo menos não me lembro. (A3)*

Observei que houve concordância das entrevistadas na defesa do Pró/PET enquanto programas que agregaram valor à formação dos enfermeiros desta IES, mesmo que isso esteja restrito ao grupo que efetivamente participou da implantação dos projetos nos cenários de prática.

*[...]. Mas eu acho que o Pró/PET não agrega valor à formação de todos os alunos do curso e sim, daquele aluno que participou efetivamente do projeto. (TA2)*

*Eu acho que quem vai ter oportunidade maior de ser formado com um novo perfil, são os alunos que realmente participaram do PET. [...] Então, acho que para os demais alunos não agrega valor. [...]. (P1-UBS X)*

*[...]. Eu acredito no modelo de formação do pró-saúde, mesmo que seja para um grupo pequeno de alunos. (A2)*

Feuerwerker (2014) corrobora com essa afirmação “mesmo antes de analisar as estratégias de mudança propostas pelo Pró-Saúde, dá para afirmar que seu impacto é limitado, do ponto de vista de contribuir para significativa mudança no perfil dos profissionais que se formam no Brasil” (p. 140). Estudos de Silva et al. (2012) também chegaram a essas conclusões. As autoras defendem que as oportunidades de vivenciar as atividades extramuros sejam



equânimes nos cursos, para que todos experimentem as inovações como potencial para transformar o ensino.

As entrevistadas consideram a produção de pesquisas como forma de o aluno conhecer as questões epidemiológicas inerentes à determinada realidade de saúde, adquirir visão da Rede SUS e aprender a fazer projetos de intervenções para dar conta das questões práticas levantadas nos serviços dos quais irão fazer parte um dia.

*Muitos dos projetos PET foram publicados [...], mas principalmente, tentaram mudar um pouco, o cenário daquele local. [...], não foi unicamente pesquisa para publicação, mas sim, para trabalhar os dados, as questões epidemiológicas daquele cenário que estava proposto em cada projeto. (CPró/PET-Saúde)*

*[...] acho que se o aluno aprendeu a fazer um projeto, independente de publicar ou não [...]. Esses alunos vão saber fazer projetos, grandes ou pequenos, para dar conta das questões levantadas nos serviços que irão fazer um dia. (TA1)*

*[...] essa visão da Rede SUS é muito importante para qualquer profissional, independente de onde ele vai trabalhar. Então, acho que essa proposta do PET vai ao encontro a isso. [...]. (TA1)*

Há também a crença, por parte das entrevistadas, de que, independente de estarem condicionados às publicações, os projetos desenvolvidos no contexto da formação de alunos para a Saúde devem coadunar esforços para que estes desenvolvam visão da Rede de Atenção à Saúde, que os habilite a intervir no cenário daquele local por meio de relações de alteridade com os usuários dos serviços. Isto permitirá estabelecer compromissos concorrentes para mudar supostas apresentações desfavoráveis para a manutenção e restabelecimento da saúde.

Fica evidente a importância que a aplicabilidade da pesquisa representa nas colocações das entrevistadas. Em contrapartida, a fala seguinte assegura que o prestígio para a carreira docente advém das produções científicas por meio das publicações. Atuações em projetos de intervenções que não culminam em publicações científicas, não amealham prestígio ou contam na produção do docente. Vejamos:

*[...] Porque a universidade falava que tinha de ter extensão, mas não dava, para o docente, nem carga horária, quando você queria pedir para ser promovido. [...] O que conta, e ainda conta, o que mais conta é quantos trabalhos você publicou e não se você tem extensão. (TA1)*

Estudo de Carvalho R. et al (2015) reforça este achado. Para estes autores, apesar de as discussões sobre os meios de transformar os resultados das pesquisas na área da Saúde em aplicações que reflitam na formulação de políticas, estratégias e práticas de saúde não serem recentes, pouco se avançou nesse sentido. Isto se deve à supervalorização da produção

científica, em detrimento da importância de sua aplicabilidade e retorno à política de saúde local (CARVALHO R. et al., 2015).

Percebi que há, na fala da Tutora, um questionamento sobre o que realmente conta para a carreira docente, esse trabalhar e agir em frustrante sucessão de números e indicadores de desempenho (BALL, 2002, 2010) em substituição do compromisso e da experiência prática do professor. Há choque entre os valores atribuídos pela IES para a pesquisa e a crença dos professores sobre seus reais benefícios para os alunos e a comunidade. Fiz, então, a seguinte analogia: a comunidade tem problemas, as universidades têm pesquisas, e os professores sofrem essa “esquizofrenia de valores” à medida em que tentam corresponder e administrar a performatividade<sup>46</sup> (BALL, 2005, p. 551). Inclusive, “no ensino superior, a coautoria de artigos com colegas menos produtivos é outro método razoavelmente inofensivo de maquiar as estatísticas do índice de publicações” (BALL, 2010, p.46).

Ampliar as relações e a capilaridade da universidade e dos serviços às necessidades e direitos de saúde do indivíduo e da coletividade, exige que se produza novas experiências e reflexões que contribuam para desafiar o modo dominante de compreensão, intervenção e produção de encontros entre estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários, compreendidos como sujeitos ativos da produção de novos modos de aprender, cuidar e produzir conhecimento (FEUERWERKER, 2014)

Aparece também nos relatos, a importância de se pensar em trabalhar sempre com as demandas das UBS e dentro das propostas do SUS, no sentido de promover a sustentabilidade dos serviços após a saída dos alunos dos cenários de prática:

*[...]. Na verdade nós sempre falamos o seguinte para os alunos: “você não está lá para inventar moda”, porque você vai ficar 3 meses, depois você vai embora, e se você deixar uma demanda que não pode ser assumida por outras pessoas, ou seja, que o grupo da UBS não dá conta, você frustra a comunidade. Então, os alunos não inventam moda, eles entram naquilo que a UBS precisa e vai dar continuidade para comunidade. (TA1)*

Considero muito importante essa preocupação de os alunos desenvolverem atividades dentro das demandas da UBS, a fim de não gerar expectativas nos usuários, que poderão ser frustradas. Esta nova forma de agir representa preocupação da IES em oferecer contrapartida à comunidade, não apenas pensar naquilo que interessa para o aluno aprender, mas pensar naquilo que o aluno pode aprender dentro da proposta de sustentabilidade dos serviços. Este engendramento de novas relações de compromissos entre as instituições formadoras e o SUS,

---

<sup>46</sup> Para Ball (2005, p. 543), a performatividade é uma tecnologia, uma cultura e um método de regulamentação que emprega julgamentos, comparações e demonstrações como meios de controle, atrito e mudança.

é uma forma responsável de utilizar os cenários de prática e as necessidades dos serviços para aprender e ensinar.

Sustentabilidade é conceito relacionado com os aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana e sua capacidade de continuar a atender necessidades atuais e das gerações futuras. Na área da Saúde, esse conceito é mais encontrado nas abordagens referentes à promoção da saúde, relacionado à continuidade dos programas nas instituições ou em parcerias com organizações comunitárias (FELISBERTO et al., 2010). Na profusão de sinônimos para definir sustentabilidade, o termo institucionalização é o mais comumente encontrado para a compreensão do fenômeno (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

A institucionalização aparece nos relatos das entrevistadas, como possível possibilidade para estender os benefícios dos programas Pró/PET-Saúde à formação de todos os alunos, em movimento sinérgico com os alunos dos projetos, que atuariam como multiplicadores. As entrevistadas defendem que só haverá mudanças efetivas na formação profissional quando o Pró-Saúde se converter em política institucional, independente dos fomentos de órgãos governamentais.

*Acho que o Pró/PET-Saúde foi uma mola propulsora e agora a gente tem o desafio de institucionalizar os projetos e é isso que a gente está tentando fazer [...]. Os projetos precisam ser institucionalizados, para que todos os alunos tenham acesso.[...] usando o aluno PET-saúde como multiplicador. (CPró/PET-Saúde)*

As falas das entrevistadas vêm ao encontro das expectativas do MS, que considera a institucionalização das ações como fundamentais para promover impacto favorável dos projetos Pró/PET-Saúde nas políticas para formação e qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011). Com efeito, fomentar projetos internos na IES, vinculados aos Planos de Ensino das unidades curriculares e nos serviços de forma continuada, pode ser uma forma de democratizar o acesso e compartilhar compromissos.

Os relatos seguintes apresentam os elementos compreendidos como restritos para o processo de mudança:

*[...] as pessoas têm os seus feudos e aí não deu certo. As pessoas defendem seus feudos, [...] e aí acabou que não deu muito certo essa integração com todas as disciplinas da matriz curricular do curso. [...] O que a gente queria quando reformulamos o PPP, era que, quando o aluno fosse para a UBS, não dicotomizasse, e enxergasse o indivíduo como um todo, no seu contexto familiar, seu contexto socioeconômico, olhar o todo. Mas têm algumas coisas que acontecem assim: eu vou para a UBS, mas só vou ver criança, eu vou pra UBS, mas só vou ver mulher[...]. (TA2)*

A entrevistada deixa evidente que prevalece a prática do ensino em conformidade com o modelo biomédico. Quando as pessoas *defendem seus feudos*, elas permanecem seguras em

seus círculos de conhecimentos. Assumir proposta de ensino integrado é deixar a zona de conforto e a segurança das práticas disciplinares e interromper a auto-evidência dos discursos dominantes, para encontrar formas de falar sobre o ato de ensinar e aprender fora desses discursos (BALL, 2005).

Essas resistências advindas de diferentes conflitos de interesses podem prejudicar os processos de mudança. É preciso contar com espaços que propiciem permanente negociação entre os desejos e interesses das pessoas e as exigências apresentadas pelas mudanças. Desprender esforços para dialogar, de forma integrada, com racionalidades e ideologias diversas e ter disposição subjetiva para lidar com as diferenças, contribui para a tomada de decisão, de modo compartilhado.

Nas questões relacionadas aos processos de mudanças em Educação, incluem-se as crenças e perspectivas pessoais que os indivíduos buscam para a mudança (GOODSON, 2008a). As decisões compartilhadas podem atuar como forças que obrigam as pessoas a se envolverem com elas, caso contrário, as mudanças correm o risco de permanecer apenas como idealizações.

Em contexto de mudança, que prevê a inversão de prioridades para a formação dos enfermeiros proposto por esta IES, que antes estava centrada na atenção hospitalar e hoje mobiliza esforços em direção à AB, os professores precisam vislumbrar possibilidades de atuarem em outros cenários e com outras práticas. Estes, muitas vezes desafiam suas crenças, mas devem ser considerados como possibilidade de ultrapassarem as dicotomias entre o biológico e o social para atender às reais necessidades e direitos de saúde do indivíduo e da coletividade.

Existem expectativas das preceptoras a respeito da contribuição do Pró/PET-Saúde enquanto potência na reorientação da formação dos enfermeiros. As entrevistadas atribuíram importantes responsabilidades para as atuações das tutoras e dos alunos e seus papéis de agentes de aproximação entre os cenários de práticas e a cultura universitária.

*Quanto a expectativa em relação ao projeto Pró/PET-Saúde na reformulação dos PPP do curso de Enfermagem desta IES, para o futuro eu acho que sim. [...] como a gente tinha um contato grande com os alunos, as dúvidas e as dificuldades que os alunos apresentavam, a gente acabava falando para a professora tutora. Essa tutora tem influência nisso, porque ela é da universidade. [...] nós compartilhamos com a tutora as dificuldades dos alunos. Eu acho que essa troca de informação pode ajudar futuramente no PPP. (P1-UBS X)*

*Eu acho que o PET tem potência para melhorar o PPP do curso. É diferente entre a gente fazer de conta lá no bonequinho e fazer aqui realmente. A experiência individual de cada um, você diminui os medos, melhora as suas expectativas como profissional. Acho que a opinião do aluno, a experiência dele vai convencer o professor que aquilo é uma forma melhor da fixação do aprendizado. [...] O aluno*

*leva essa experiência para a cultura universitária e, de qualquer maneira, vai contribuir para uma mudança no PPP do curso. (P2-UBS y)*

Como pude perceber, as expectativas das preceptoras para mudança na formação dos enfermeiros nesta IES, ficam por conta do protagonismo dos alunos e das tutoras e de suas interferências no processo de construção de novo currículo, a partir das contribuições feitas por elas, preceptoras. Suas falas demonstram que reconhecem os cenários de prática como *locus* privilegiado para desenvolver atitudes e facilitar a aprendizagem, ao mesmo tempo em que assumem seus papéis como sujeitos ativos na construção de compromissos com os rumos do Pró/PET-Saúde.

#### 5.4.2 Na busca de pares para a Saúde

Esta unidade temática registra a preocupação com a falta de pares para o setor Saúde. Os projetos desenvolvidos nas IES que buscam apenas saber quem é aquela pessoa sem interferir no seu curso de vida causam frustrações nos alunos. Desta forma, aparece a ideia de pares para o setor Saúde, na busca por trabalhos intersetoriais e seus efeitos sinérgicos, cujos benefícios advêm do alcance do desenvolvimento social e da superação das iniquidades sociais. Tais práticas agregam valor à formação dos enfermeiros em contexto que exige estabelecimentos de compromissos e responsabilidades.

O fio de prumo para esta discussão está no entendimento de que os principais determinantes dessas iniquidades estão diretamente relacionados às formas como se organiza a vida social. Vejamos o que diz a aluna:

*[...] Tem um projeto na universidade que eu acho muito interessante, mas eu nunca quis participar porque acho muito pouco, vamos ver se você me entende. Acho que você ir conversar com o morador em situação de rua é muito pouco, porque depois você vai embora para sua casa, continua suas atividades e ele continua ali. Eu achava que aquilo não supria nem minha necessidade, enquanto estudante, nem a necessidade de saúde dele. (A2)*

A fala da aluna evidencia seu reconhecimento do conceito ampliado de saúde como um fenômeno socialmente determinado. Quando defende que *ir conversar com o morador em situação de rua é muito pouco*, já fez sua opção por formação humanística, de relações de alteridade com a pessoa que sofre. Fica claro, que esta aluna acredita que o estudante só pode ter suas necessidades de aprendizagens supridas, quando atua para suprir, da mesma forma, as necessidades de saúde dos usuários. Os usuários dos serviços de saúde, aqui, são vistos como sujeitos ativos do processo de cuidado e deles devem emanar nossas ações.

Nesta mesma direção, continua:

*[...] Interessante se você saísse da universidade para as ruas para tentar fazer com que aquela pessoa se inserisse na sociedade, resgatá-lo como cidadão e não apenas saber quem ele é. (A2)*

*[...] O que me aflige é que somente a saúde isolada, vai lá, na comunidade e faz sua parte, não há uma integração entre as áreas. Por exemplo, a saúde trabalhar junto com outros setores, educação, economia, meio ambiente. A saúde faz, vai lá, na comunidade, faz curativo na ferida do morador em situação de rua, dá palestras nas escolas, faz as coisas inerentes à saúde, mas falta o trabalho da alfabetização, da reinserção no mercado de trabalho, por exemplo. Faltam os pares para a saúde. (A2)*

A preocupação da aluna consiste na busca de pares para a Saúde que ajudem na reintegração dos usuários dos serviços públicos, expostos às situações de vulnerabilidades e cita como exemplo para ilustrar suas preocupações, a pessoa em situação de rua que, inerte em suas poucas possibilidades, “na esperança da (re) conquista da família, projeta estratégias para a saída da rua: voltar como homem” (BRÊTAS et al., 2010, p. 480). Aqui está posto o desafio, precisamos, enquanto enfermeiros, ajudar a pessoa a resgatar sua humanidade.

Essa forma responsável de aprender a cuidar em saúde está prevista nas DCN/ENF para a formação integral dos enfermeiros, tendo em vista atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, asseguradas pela integralidade da atenção e humanização do atendimento, o que justifica outra concepção curricular, um outro *ofício de aluno* (PERRENOUD, 1994), capacitado em DSS e sensibilizado a esse respeito. Resta saber se as IES estão dispostas a assumir esse compromisso.

Ao associar os relatos das entrevistadas com o referencial da abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle approach*) defendo que os sujeitos busquem a articulação com outros sujeitos, favoreçam a conexão com os formuladores de políticas e com outras instituições sociais, na concretização de educação transformadora. Que nas suas atuações, nos cenários de prática, vinculem-se a outros processos e projetos que contribuam para mudanças sociais, rumo a sociedade justa, em que haja a concretização do sistema público e universal de saúde proposto.

Contribuir com Educação em Saúde para que sejam formados sujeitos ativos, capazes de atuar na inversão do modelo assistencial hegemônico no SUS, é desafio a ser assimilado e enfrentado pelos formuladores de políticas públicas de Educação e Saúde, pelas IES e pelos serviços de saúde. Tal desafio envolve gestores, profissionais, usuários e instâncias de Controle Social.

Fica o desafio para comprometimento com possíveis mudanças na formação profissional dos enfermeiros, validada na compreensão das relações de determinado perfil

epidemiológico e nas formas concretas de organização e inserção socioeconômica da população, no contexto considerado. Aos insatisfeitos em intervir apenas na aparência dos fenômenos, é preciso não deixar que sequem e morram as raízes de nosso sentido de humanidade.

## CONCLUSÃO

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade. (FREIRE, 1996, p.30)

Este estudo se propôs a identificar em que medida as estratégias, previstas pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), contribuíram para a mudança na formação profissional dos enfermeiros, correspondente às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as repercussões dos programas, foi possível evidenciar que a contribuição maior, deu-se, especialmente, no que diz respeito à consolidação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, como local privilegiado para as práticas interprofissionais de ensino –aprendizagem.

Com o processo de redemocratização do Brasil e a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi alçado à categoria de direito subjetivo público. A visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais propiciadores de enfermidade, passou a integrar o direito à saúde. Trata-se de concepção ampliada de saúde, que a define como o estado de harmonia e equilíbrio funcional do corpo, ao considerar, sobremaneira, seus determinantes de natureza social (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, segurança pública). Afinal, o conceito de saúde envolveria acesso universal e integral às ações de saúde.

Não obstante, perspectivas apresentadas por modelos econômicos hegemônicos, como o neoliberalismo, apresentam-se com a finalidade de desqualificar a pretensão de universalidade e de integralidade, enquanto concepções basilares da política pública expressa na criação do SUS. Por outro lado, a partir das experiências de reformas do setor da Saúde nas Américas e na Europa, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde atualizaram elementos essenciais para apoiar a construção de sistemas de saúde, consubstanciados na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, como estratégias para a ampliação da cobertura de saúde, amparada na compreensão de que os fatores econômicos e sociais têm significativas influências sobre a manutenção da saúde e o aparecimento das doenças.

Nesse contexto de influências, de redefinição das políticas públicas de saúde e da comprovada inadequação do modelo assistencial até então vigente, a Atenção Primária à Saúde surgiu como um novo campo de possibilidades, que se abriu para o trabalho dos enfermeiros, baseado na utilização das ações primárias em saúde, com a preconização do uso



de tecnologias simplificadas e serviços prestados na integralidade, por profissionais com formação generalista e interdisciplinar.

Com base nesse processo, ao aproximar-se das ações de cunho preventivo, consubstanciadas na Atenção Primária à Saúde, o princípio da integralidade passa a ser considerado como o eixo norteador para a formação na área da Saúde, dele emanam discussões políticas e reflexões teórico-filosóficas basilares para os perfis dos profissionais que se pretende formar. Desta feita, como resultado de complexas decisões – seja do poder político oficialmente instituído, seja dos profissionais com prerrogativas para intervir, direta ou indiretamente, neste campo da formação profissional dos enfermeiros – foram implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF). Essas, com enfoque prescritivo, apresentaram importantes elementos, tanto para nortear a reformulação dos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior (IES), quanto na elaboração de seus respectivos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), como potenciais respostas e com vistas a materializar as bases teóricas e práticas das orientações recebidas.

Neste sentido, as DCN/ENF se expressam como instrumentos norteadores do processo de formação, pois estabelecem as bases filosóficas, conceituais, políticas, metodológicas e pedagógicas para a formação dos enfermeiros, capazes de interferir diretamente na construção dos PPP. Tais bases estão relacionadas com a concepção de que a formação profissional dos enfermeiros deve ser compreendida enquanto prática socialmente determinada e mediada por um processo de conscientização profissional que leve, consequentemente, ao comprometimento com o SUS.

A formação profissional em enfermagem é escolha política, ligada à capacidade de governança e à necessidade de formar profissionais, cuja prática leve à análise dos problemas sociais de saúde e, além disso, à busca de possíveis soluções para os mesmos. Enquanto elementos estruturantes de mudança, as DCN/ENF orientam as Instituições de Ensino Superior (IES), mediante movimento desafiador para a comunidade acadêmica, que visa à formação de enfermeiros aptos a exercerem suas práxis, compreendida como atividade objetiva e imbricada a compromissos com intervenção concreta na realidade social.

Esse reordenamento da formação do profissional da Saúde está estabelecido nas ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação, voltadas às políticas de responsabilidade social das instituições formadoras envolvidas em tal processo. Neste sentido, percebe-se a intenção da integração das políticas dos dois Ministérios, conforme formulado no texto do Caderno do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde – Pró-Saúde, no qual constam objetivos, implementação e desenvolvimento potencial e, também, prevê a articulação entre ações e procedimentos, para o alcance de objetivos comuns que sejam capazes de induzir às mudanças previstas nessas políticas. Aqui, inclui-se a importância do cumprimento das DCN/ENF, que entre outras coisas, enuncia concepção de formação generalista. A articulação dessa política de Estado teve como materialização, nomeadamente, o Pró-Saúde, criado em 2005, e o PET-Saúde, instituído em 2007.

Formar enfermeiros generalistas não é tarefa fácil, como se faz visível na própria redação do documento norteador do Pró-Saúde, que não esclarece o que significa esta formação, nem estabelece as métricas que devam ser colocadas nos PPP, para viabilizar tal intento. Há que se considerar, porém, a importância de os PPP, já na sua origem, trazerem redação específica em relação ao que se deseja, de fato, na formação dos enfermeiros generalistas, pois a elaboração dos projetos, Pró/PET-Saúde, partem da análise dos PPP, instituídos pelas IES. Portanto, os PPP devem proporcionar a compreensão de qual seja a verdadeira vocação da IES e quais mudanças se quer auferir, a fim de ajustar as diretrizes focadas na formação do enfermeiro generalista, a partir da implantação dos programas.

Os resultados advindos dos cenários de prática revelaram a necessidade de romper com a realidade posta pela formação e contexto de atuação dos enfermeiros. Nesse sentido, o Pró-Saúde e PET-Saúde aparecem como propulsores da mudança na formação discente. Entretanto, essas mudanças beneficiariam apenas àqueles que participassem diretamente dos projetos. Todavia, a institucionalização desses projetos aparece como possível possibilidade de se estender os benefícios dos programas à formação de todo o corpo discente, em movimento sinérgico com os alunos do Pró/PET-Saúde, que atuariam como multiplicadores de saberes.

Dentre as contribuições do PET-Saúde estão aquelas relacionadas à produção de conhecimento voltado para suprir demandas dos usuários do SUS e para o fortalecimento da integração ensino – serviço de saúde – comunidade. Para tanto, alguns sujeitos exerceram papéis de facilitadores, como aqueles que desempenharam funções de tutoria, preceptoria e de Agente Comunitário de Saúde, considerados como referências no estabelecimento de vínculos entre a IES, a Secretaria Municipal de Saúde, os serviços e a comunidade.

Isso se deu por meio do processo de recontextualização, já que havia um distanciamento entre o projeto escrito e o projeto praticado. Os temas escolhidos nas pactuações legais, entre os parceiros, não eram os mais importantes para atender às necessidades de saúde da população naquele momento. Assim, os processos relacionais interferiram para diferentes formas de interpretação daquilo que havia sido legislado e, à medida que as necessidades do cotidiano foram aparecendo, os “operadores” do processo fizeram adaptações do projeto à realidade local.

Os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estiveram excluídos do processo de formulação da política, uma vez que foram provocados a participar ativamente na interpretação do texto dessa política e a relacioná-lo à prática. Em contrapartida, apesar do estreitamento das relações da IES com os serviços de saúde, a participação da comunidade ainda é aspecto que se configura como ponto crítico no contexto da formação profissional dos enfermeiros.

Ao envolverem os profissionais dos serviços com funções docentes, os programas estabeleceram o reconhecimento do papel de educadora inerente à preceptoria. Porém, mesmo exercendo funções de professoras, as preceptoras não gozaram do prestígio de pertencimento ao corpo acadêmico, por isso não foram direcionados esforços no sentido de inseri-las no processo ensino-aprendizagem, a partir da imersão no cotidiano da IES. Vivenciaram experiências que as mantiveram afastadas do conhecimento sobre a estrutura político-ideológica que sustenta o processo de ensino e da tomada de decisão em relação aos seus propósitos. Donde se conclui que temos, aqui, desafio a ser superado nas políticas de formação dos enfermeiros, nos cenários de prática.

Os programas apresentaram-se como possibilidades para a pesquisa aplicada e para projetos de intervenção que visavam a refletir na formulação de políticas, capazes de alterar supostas apresentações desfavoráveis na manutenção e restabelecimento da saúde da população atendida na UBS. Em contrapartida, o prestígio para a carreira docente advém das produções científicas, por meio das publicações. Podemos afirmar a existência de um choque entre os valores atribuídos, pela IES, à pesquisa e a crença dos professores sobre seus reais benefícios para os alunos e comunidade. O que tem gerado frustrante sucessão de números e indicadores de desempenho, em substituição do compromisso e da experiência prática do professor.

A pesquisa comprovou também que os programas não foram, de fato, incorporados ao cotidiano acadêmico, e nem mesmo tiveram atribuído a si o espaço necessário na matriz curricular. Dessa forma, os projetos PET-Saúde funcionavam como *pequenas ilhas*. Por se tratar de Programa de Educação pelo Trabalho, o PET-Saúde privilegia a consolidação da integração ensino – serviço – comunidade e a educação pelo trabalho, em atuações nos cenários de prática. Isso pode parecer contraposição aos interesses da ciência, e justificar o fato de não haver merecido espaço na matriz curricular e no cotidiano acadêmico.

Foi identificada ainda, a importância de se estreitar as relações entre as IES, os formuladores de políticas e os gestores dos serviços de saúde, a fim de se estabelecer corresponsabilidades, de forma a viabilizar a participação de alunos, tutores e preceptores nos

projetos. Os PET-Saúde careceram do seu reconhecimento como parte dos serviços, os esforços pessoais dos integrantes dos projeto definiram seus rumos. Faltou apoio dos gestores municipais e de gestores das UBS, em momentos de mudança de governo e transição de poder político, para agregar compromissos assumidos pela administração anterior. A descontinuidade político-administrativa foi decisiva para que os trabalhos na UBS não fossem concluídos, assim como a ausência de devolutiva sobre os resultados do projeto, que possibilitasse o envolvimento dos trabalhadores e da comunidade e a consequente implantação de proposituras, para adequação dos serviços às necessidades dos usuários.

Sem dúvida, a mudança é processo complexo, difícil e que tende a despertar resistência naqueles que precisam vivenciá-la. No âmbito dos cenários de prática, houve desídia por parte dos trabalhadores da UBS e dos alunos bolsistas. No âmbito da IES, os programas ficaram restritos àqueles cujas convicções advieram de inquietações com necessárias pesquisas pertinentes às suas áreas de atuações na assistência, na docência e nos cargos de gestão. Estes se identificavam como militantes, e a visão dos outros em relação às suas participações era considerada como romântica e idealizada.

Neste sentido, ficou constatada a falta de envolvimento dos pares que *defendem seus feudos*, apresentada como conflito de interesses capaz de trazer prejuízos aos processos de mudança. Faz-se latente a inferência de que o fato de os professores não se envolverem com as propostas de mudanças, pode significar que já fizeram suas escolhas, atuando como reprodutores ativos do *status quo*, no sentido de que desenvolvem papéis importantes na manutenção das condições herdadas da realidade. Assim, os professores devem observar a possibilidade de outras subjetividades que os levem a atribuir novos significados à docência e aproveitar o processo de mudança para a sua aprendizagem, para romper com a acomodação e refletir sobre quem são e quem poderão vir a ser.

Não é possível desconsiderar que os programas Pró-Saúde e PET-Saúde provocaram mudança na maneira de perceber a relação dos docentes com os alunos, com os demais profissionais, com os serviços e a assistência prestada, na perspectiva de ampliar a discussão e as possibilidades de ação. A IES avançou em propostas inovadoras de articulação ensino-serviço, com inserção precoce dos estudantes em atividades de pesquisa e integração com os serviços de saúde, o que pôde potencializar a orientação da formação para os problemas concretos da realidade do sistema de saúde.

Mas também ficou evidente que os programas Pró-Saúde e PET-Saúde precisam de pares na busca por trabalhos intersetoriais e seus efeitos sinérgicos, cujos benefícios advêm do alcance do desenvolvimento social e da superação das iniquidades sociais. Tais práticas

agregam valor à formação dos enfermeiros em contexto que exige estabelecimentos de compromissos e responsabilidades, a partir do entendimento de que os principais determinantes dessas iniquidades estão diretamente relacionados às formas como se encontra organizada a vida social.

Fica ainda o desafio para o comprometimento com possíveis mudanças na formação profissional dos enfermeiros, validada pela participação de professores, alunos, trabalhadores de saúde e comunidade. Também, o modelo de formação biomédico e conhecimento instrumental historicamente estabelecido são alguns dos obstáculos que precisam ser transpostos com construção de parcerias para além dos espaços das IES e dos serviços. Envolver instâncias de manifestação dos interesses sociais e da cidadania, dos trabalhadores das áreas da Educação e Saúde, comprometer a gestão do SUS, como espaço de construção e legitimação de políticas para a formação profissional dos enfermeiros podem ser algumas das estratégias para esse porvir.

A extinção dos currículos mínimos e de sua excessiva rigidez, a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso, essas mais indicativas do que taxativas, atribuiu às IES autonomia pedagógica e científica para determinar os currículos plenos de seus cursos, o que trouxe novas responsabilidades também para docentes, discentes e sociedade, por permitir a formação de diferentes perfis profissionais, a partir de arranjos internos estabelecidos pelas intenções sociais das IES. Para tanto, torna-se importante considerar sua missão e filosofia e os compromissos assumidos no seu Projeto Pedagógico Institucional, com as realidades regionais legitimadas pela participação ativa das instâncias colegiadas.

Os cursos de graduação em Enfermagem devem procurar novos caminhos teóricos e metodológicos que considerem a dimensão subjetiva do cuidar, na busca por comprometimento com a assistência integral e resolutiva ao usuário do SUS, no contexto de seu cotidiano e da coletividade. Neste sentido, as IES apresentam-se como importantes espaços políticos para o desenvolvimento de potencialidades rumo às mudanças na reorientação da formação profissional dos enfermeiros. Da mesma forma, os cenários de prática são *locus* privilegiados para o desenvolvimento de atitudes facilitadoras da aprendizagem, para que alunos e professores façam suas escolhas e assumam seus papéis como sujeitos ativos na construção de compromissos com os rumos do Pró-Saúde e PET-Saúde.

Tais caminhos são necessários para vencer a formação centrada no modelo biomédico, no qual a Enfermagem permanece inserida. Para tanto, os programas devem ser utilizados como possibilitadores da organização do trabalho nas IES, calcados na participação coletiva e na institucionalização de práticas democráticas no seu cotidiano. Considerar a

construção de novas relações de compromissos entre as instituições formadoras e o SUS, é a forma responsável de utilizar os cenários de prática e as necessidades dos serviços para aprender e ensinar.

Nesse contexto, o trabalho na Atenção Básica precisa ser valorizado socialmente. Enquanto o poder público negligencia sua função de administrar os recursos humanos para a Saúde, conforme previsto no quadro legislativo, a expansão e consolidação das Organizações Sociais de Saúde, compreendidas como “*um tiro no pé da saúde pública*”, contribuem para a desvalorização social dos profissionais que trabalham na Atenção Básica, vistos como pessoas que não conseguiram outras oportunidades de trabalho mais gratificantes e, principalmente, mais rentáveis.

Por fim, confirmou-se que a reformulação curricular está posta como discurso no **contexto de influência** e no **contexto de produção do texto**, por meio das DCN/ENF e do caderno Pró-Saúde. Tais documentos veiculam a mudança no padrão formativo de assistência reducionista – de cunho curativo – para um novo mandato formativo, centrado na produção social da saúde, vista, sobretudo, como direito de todos, conforme preconizado pelo SUS.

Por outro lado, corroborando com os estudos críticos referenciados nessa tese, bem como, na percepção da autora e dos sujeitos pesquisados, parece haver consenso de que ainda se constitua como um grande desafio a necessidade de implantação no **contexto da prática**, sob a forma de acompanhamento e avaliação que assegurem as adequações curriculares por parte das IES e continuidade das políticas e “retroalimentação” da gestão pública do ensino, para reorientação da formação dos enfermeiros, mediatizadas pelo SUS.

Há a necessidade de se fomentar o debate e incrementar as pesquisas acerca da Educação e Saúde, no âmbito das universidades, com o objetivo de incorporar evidências teóricas e práticas que assegurem a reorientação da formação dos enfermeiros para que possam atuar e intervir de forma transformadora nos cenários de suas práticas. Por ora, fica a esperança que esta pesquisa provoque outros estudos sobre as experiências do Pró-Saúde e PET-Saúde, e que esses sirvam para consubstanciar a continuidade dos programas por meio da possibilidade de avaliação e consequente aperfeiçoamento.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GOMES, Andréia Patrícia; REZENDE, Carlos Henrique Alves de; SAMPAIO, Marcelo Xavier; DIAS, Orlene Veloso; LUGARINHO,

Regina Maria. 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, set. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus/ABRASCO, 1989. 108 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar; et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>>. Acesso em: mar. 2016.

ALMEIDA FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set. /dez. 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/312184900/Determinacao-Social-Da-Doenca>>. Acesso em jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ensino superior e os serviços de saúde. **The Lancet – Série Saúde no Brasil**; 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista\\_the\\_lancet.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf)>. Acesso em mar. 2016.

ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Maurício Lima (Org.). **Epidemiologia e saúde**. Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012. 724 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2531-2553, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202531&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202531&lng=en&nrm=iso)>. Access on 12 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XET011214>.

\_\_\_\_\_. A universidade brasileira num cotexto globalizado e mercantilização do ensino superior: colleges VS. Vikings. *Revista Lusófona de Educação*, América do Norte, 32, jul. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/5508>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

APPLE, Michael. **Ideologia e currículo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 288 p.

\_\_\_\_\_. A política do conhecimento oficial: faz sentido a ideia de um currículo nacional? In: **Currículo, cultura e sociedade**. MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU, Tomaz (org) 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013a. p. 71-106.

APPLE, Michael. Repensando ideologia e currículo. In: **Currículo, cultura e sociedade**. MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU, Tomaz (org) 12. ed. São Paulo: Cortez, 2013b. p. 490-106.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 729 p.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. (Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas) – Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp, Campinas, 1975.

\_\_\_\_\_. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 166 p.

ARRUDA, Ilma Kruse Grande de; SIQUEIRA CAMPOS, Florisbela de Arruda Camara e. Novas diretrizes curriculares para o ensino de nutrição. ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco(IMIP), Ministério da Saúde, 2001, p. 291-304.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Relatório final do 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ABEn-RJ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final do 2º Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil, 2º SENADEn**. Realizado na cidade de Florianópolis, de 8 a 11 de setembro de 1997. ABEn/UDESC, 1997.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final do 3º Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil, 3º SENADEn**. Realizado na cidade do Rio de Janeiro de 23 a 26 de março de 1998. ABEn/UERJ, 1998

\_\_\_\_\_. **Carta de Florianópolis. Documento Final da Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem**. In: Anais do 51º Ccongresso Brasileiro de Enfermagem. Florianópolis (SC), Brasil; 1999. Florianópolis (SC): ABEn-SC; 1999.

\_\_\_\_\_. **Jornal da ABEn 2005 out/dez; 47(4):4**. Disponível: <<http://www.abennacional.org.br/home/jornal2005.htm>>. Acesso em: mar. 2015.

BAGNATO, Maria Helena Salgado; RODRIGUES, Rosa Maria. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 5, p. 507-512, Oct. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500005&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500005>.

BALL, Stephen; BOWE, Richard. **Subject departments and the ‘implementation’ of National Curriculum policy**: an overview of the issues. *Journal of Curriculum Studies*, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BALL, Stephen. **Educational Reform: A Critical and Post-structural Approach**. Buckingham: Open University Press, 1994. 164 p.

\_\_\_\_\_. Cidadania global, consumo e política educacional. In: SILVA, Luiz Heron (org). **A escola cidadã no contexto da globalização**. 5. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001a. p. 121-137.



\_\_\_\_\_. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. **Currículo sem fronteiras**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 99-116, Jul/Dez 2001b. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss2articles/ball.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Reformar escolas/reformar professores e os terrores da performatividade. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 15, n. 2, p. 3-23, 2002. Disponível em: <<http://josenorberto.com.br/BALL.%2037415201.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 35, n. 126, p. 539-564, Dec. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742005000300002&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742005000300002>.

\_\_\_\_\_. Sociologia das Políticas Educacionais e Pesquisa Crítico-Social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. **Currículo sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 10-32, Jul/Dez 2006. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol6iss2articles/ball.pdf>>. Acesso em jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **The education debate**. Dorchester: Henry Ling Ltd. 2008. 212 p.

\_\_\_\_\_. Performatividades e Fabricações na Economia Educacional: rumo a uma sociedade performativa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 37-55, maio/ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. In: BALL, Stephen; MAINARDES, Jefferson (org). **Políticas educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 21-53.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti. **A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde**. 2006. 108f Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

BARBOSA, Thaís Silva Corrêa et al. Políticas de saúde e educação e a oferta dos cursos de especialização em enfermagem - 2001-2007. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 292-8, abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a20.pdf>>. Acesso em: mai. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Ltda. 2007.

BARROS NETO, José Milton et al. A formação do profissional enfermeiro e o mercado de trabalho na atualidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 1, p.176-193, Ano 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/675>>. Acesso em: jun. 2016

BARR, Hugh et al. **Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence**. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n.4,

p.884-899, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/teste/Downloads/29725-34533-1-PB%20(14).pdf.> Acesso em: jun. 2016.

BATISTA, Nildo Alves. Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-8. Jan. 2012. Disponível em: <[http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)> Acesso em: mai. 2016.

BERNSTEIN, Basil. On the classification and framing of education knowledge. In: YOUNG, Michael (org.) **Knowledge and Control: New Directions for the Sociology of Education**. London: Collier-Macmillan, 1971. p. 47– 69.

\_\_\_\_\_. **Pedagogy symbolic control and identity**. London: Taylor and Francis Ltda. 1996. 216 p.

\_\_\_\_\_. **La estructura del discurso pedagógico**. 4. ed. Madrid: Morata, 2001. 237 p.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI Nicola; PASQUINO Gianfranco. **Dicionário de política**. V. 1 13. Ed. Brasília: Editora UNB (tradução sob a coordenação de João Ferreira), Vol. 1: 674 p. (total: 1.330 p.) Obra em 2v. 1998.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha, metáfora da condição humana**. 40 ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 205 p.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BOWE Richard; BALL Stephen; GOLD Anne. **Reforming Education & Changing Schools: Case Studies in Policy Sociology**. London: Routledge, 1992. 192 p.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial - IDA**. Brasília, MEC/SESU/CCS, 1981. 32 p. Cadernos da Ciência da Saúde, n.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 17 a 21 de março de 1986**. Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde, financiamento do setor. Brasília, 1986a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)> Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório Final. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986. Brasília: MS, 1986b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf)>. Acesso em:

BRASIL. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Presidência da República. Brasília. 1986c. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 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. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2015

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, 09 a 14 de agosto de 1992. Municipalização é o caminho. Brasília, 1993.** Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>: Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos. Relatório Final. **Cadernos RH Saúde** v. 2 n. 1. p. 14. Brasília, 1994.1994a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 314/94 de 06 de abril de 1994.** Dispõe sobre o Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Relator: Virgílio Cândido Tosta de Souza. Brasília, DF, 1994b. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_19](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 9.394.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996, 185º da Independência e 108º da República. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>> Acesso em 25 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES n. 776, de 3 de dezembro de 1997 - Orientações para as Diretrizes curriculares dos cursos de graduação.**1997a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. **Edital Nº 4/97.** Brasília, DF, 10 de dezembro de 1997b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 287 de 8 de outubro de 1998.** 1998a. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em 05 jul. 2015.

BRASIL. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília, DF. 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 1998b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001**: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): MEC; 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Despacho do Ministro em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília: MS/ CNE, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 2001c. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Parecer Nº CNE/CES 583/2001**. Colegiado CES. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Aprovado em: 04/4/2001. 2001d. Disponível em: <[http://www2.ifma.edu.br/novoportalifma/images/arquivos/documentos/downloads/leg\\_para\\_toda\\_graduacao2.pdf](http://www2.ifma.edu.br/novoportalifma/images/arquivos/documentos/downloads/leg_para_toda_graduacao2.pdf)>. Acesso em: jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 2002a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>>. Acesso em: jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 2002b. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/2202522/as-cartas-da-promocao-da-saude>>. Acesso em: jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 330, de 04 de Novembro de 2003**. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso330.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso330.doc)>. Acesso em: jun. 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 335/2003 de 27 de novembro de 2003 nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde**. 2003b. Disponível em: <<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=99461>>. Acesso em: jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676GM/MS de 3 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho 2003.

2003c. Disponível em:

<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/atencao\\_basica\\_bibliografias/Documento\\_Final\\_da\\_Comissao\\_de\\_Avaliacao\\_Atencao\\_Basica.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf)>. Acesso em 28 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2004a. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em 28 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Brasília, v. 141, n. 32, Seção 1, p.37-41, 2004b. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140124\\_escoladesaude\\_portaria198.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140124_escoladesaude_portaria198.pdf)>. Acesso em 28 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2004c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf)>. Acesso em 28 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS:** O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. [online]. Brasília, 2004. 2004d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **EducarSUS:** notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. Brasília. 2004e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educarsus\\_desempenho\\_gestao\\_educacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educarsus_desempenho_gestao_educacao_saude.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil:** cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2004f. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

BRASIL. **Lei Nº 10.861, de 14 de abril de 2004.** Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, 14 de abril de 2004; 183<sup>o</sup> da Independência e 116<sup>o</sup> da República. 2004g. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/97809/lei-10861-04>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e do Desporto. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 de 3 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de

graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/3454/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Ministério da Saúde 2005. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro\\_saude\\_cgtes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005c. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.180, de 23 de setembro de 2005**. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET, altera a Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. 2005d. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=332-leisetembro2005&category\\_slug=pet-programa-de-educacao-tutorial&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=332-leisetembro2005&category_slug=pet-programa-de-educacao-tutorial&Itemid=30192)> Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 2005e. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 2005f. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_entra\\_na\\_roda.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial Nº 2118, de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. 2005g. Disponível em: <[http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-2118-2005\\_193452.html](http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-2118-2005_193452.html)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília, 2007. 2007a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0323\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Editora MS, 2007b. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. 2007c. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/sobre\\_pro\\_saude/1%20PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20No%203.019%20%20%20%2026%2011%202007.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/sobre_pro_saude/1%20PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20No%203.019%20%20%20%2026%2011%202007.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. 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. 2007d. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto de 20 de junho de 2007**. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. 2007e. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11279.htm)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, 2009. 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_reorientacao\\_profissional\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009**. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Seção 3, p. 90. 2009b. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde 2009. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. 2009c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 421 de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010. 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital Nº 24, de 15 de dezembro de 2011, seleção de projetos de Instituições de Educação Superior**. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/2012edital/index.php>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_gestao\\_trabalho\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde e PET-Saúde**. Brasília/DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro\\_saude\\_pet\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf)>. Acesso em 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf)>. Acesso em 20 mai. 2015.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella et al . Quem mandou ficar velho e morar na rua? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 476-481, June 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200033>.

BRITTO, Nara. **Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira**. 1ª reimpressão (revista). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 144 p.

BURGATTI, Juliane Cristina. **A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem**. 2012. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22082012-105943/>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette; GROSSEMAN, Suely; PINHO, Diana Lucia Moura. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015. Available from



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-328320150005000817&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320150005000817&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>.

CAMPOS, Andre Luis Vieira de. **Políticas Internacionais de Saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942 – 1960**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 318 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. 175 p.

\_\_\_\_\_. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, Aug. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.

CARBOGIM, Fábio da Costa et al. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. **R. Enferm. Cent. O. Min.** São João del Rei, v. 4 n. 1, p. 961-970, jan/abr, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/426/571>. Acesso em: mai. 2016.

CARVALHO, Rebeka Rafaella Saraiva et al. **Pesquisa em saúde: olhar analisador sobre a aplicabilidade para a formulação de políticas**. 11º Congresso Brasileiro de saúde Coletiva. Comunicações Orais Curtas Universidade Federal de Goiás – Goiânia, 28 de julho a 01 de agosto de 2015.

CARVALHO, Vilma de. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 500-507, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300022&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300022>.

CASTRO, Janete Lima de Castro. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. 2008. 267f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luis Fernando Silva. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luis Fernando Silva, organizadores. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 343-372.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luis Fernando Silva. Articulação com o segmento estudantil da área da Saúde: uma estratégia de inovação na formação de Recursos Humanos para o SUS Ver – SUS Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Cadernos de Textos VERSUS Brasil**. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil Brasília, 2004. p. 4 – 19.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200016>.

\_\_\_\_\_. 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, 2004a. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/27642>. Acesso em: mai. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set/out, 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg; BRAVIN, Fábio Pereira; SANTOS, Alexandre André dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 159-180, 2011.

CHAVES, Mario; KISIL, Marcos. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; LLANOS, Manuel, organizadores. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec Lugar Editorial, 1999. p. 1-16

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: no ensino de graduação em Enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 325-336, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200325&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0715>.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-140, Mar. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100010&lng=en&nrm=iso)>. Access on 14 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100010>.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abril de 2008. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em 14 jul. 2016.

COMISSION SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

Disponível em:

<[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/media/csdh\\_report\\_wrs\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf)>.

Acesso em 14 jul. 2016.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.

**Alma-Ata, 1978. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.**

Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 12 out. 2006.

CONILL, Eleonor Minho. **Epidemiologia e Sistemas de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde/SGTES/DGES. Direito Sanitário e Saúde Pública. I Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Coletânea de textos. vol. I. Brasília, MS 2003. p. 207- 210.

CORDEIRO, Hésio. **A questão democrática na área da saúde**: proposta para um debate. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro. 1979 (Mimeo).

CORREIA, Valéria et al. (Org.). Relatório técnico final da pesquisa. **As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas**. Universidade Federal de Alagoas. 2009.

CORBELLINI, Valéria Lamb et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 555-560, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400009>.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em debate**. N. 49/50, p. 73-79, mar. 1996a. Disponível em: <[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20FoRUNS%20PARTICIPATORIOS%20NA%20AREA%20DE%20SAUDE:%20TEORIAS%20DO%20ESTADO](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20FoRUNS%20PARTICIPATORIOS%20NA%20AREA%20DE%20SAUDE:%20TEORIAS%20DO%20ESTADO)>. Acesso em jun. 2016.

\_\_\_\_\_. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em debate**, n. 51, p. 30-37, jun. 1996b. Disponível em: [http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.51+-+jun.+1996+-+Sa%FAde+Sa%FAde+1997%3F&pesq=As+origens+da+ideia+de+participa%E7%E3o+na+%E1rea+da+sa%FAde&x=46&y=14](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.51+-+jun.+1996+-+Sa%FAde+Sa%FAde+1997%3F&pesq=As+origens+da+ideia+de+participa%E7%E3o+na+%E1rea+da+sa%FAde&x=46&y=14). Acesso em junh 2015.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, June 2002. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100002>.

COSTA, Heloniza. O. G. et al. Novas diretrizes curriculares para o ensino de enfermagem. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. (Org.). **A educação profissional em saúde e a**

**realidade social.** Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001, p. 279-290.

COSTA, Maria Cristina Guimarães da et al. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 57-63, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200008&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200008>.

CUETO, Marcos. **The origins of primary health care and selective primary health care.** American Journal of Public Health, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, nov. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/pdf/0941864.pdf>>. Acesso em mai. 2015.

DAMASCENO Alberto et. al. **A educação como ato político partidário.** São Paulo: Cortez, 1988. 247 p.

DELORS, Jacques (org.). **Educação um tesouro a descobrir.** Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: MEC: UNESCO, 1999. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: jun. 2015.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. 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, June 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luis. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

EINSTEIN, Albert. **A crítica da razão pura.** Revista Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 79, p. 84-88, set. 2002.

ESTRÊLA, Elsa Maria Bacala. **Alquimia do conhecimento: a construção do conhecimento curricular em Portugal (1970-2009).** 2015. 546f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração Instituto de Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015.

FAIRCLOUGH, Norman. Discurso e mudança social. Izabel Magalhães (Coordenadora da tradução, revisão técnica e prefácio). Brasília: Editora UNB, 2001. 316 p.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. 275 p.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** 15. ed. Campinas: Papirus, 2008. 143 p.

FELISBERTO, Eronildo et al . Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, Jun 2010 .

FERNANDES, Josicelia Dumê; REBOUCAS, Lyra Calhau. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 95-101, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700013>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002. 306 p.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Dec. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, Sept. 2008. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (org). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica\\_e\\_saude\\_laura\\_camargo.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf)>. Acesso em: mai. 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

FNEPAS. **Projeto coletivo FNEPAS: Demografia e cartografia das formações da área de saúde e competências para o trabalho em equipe e formação interprofissional**, 2014.

Disponível em:

<[http://www.sbfa.org.br/fnepas/oficinas/oficinas\\_demografia\\_cartografia\\_formacoes\\_areadas\\_aude\\_2014/termo\\_referencia.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/oficinas/oficinas_demografia_cartografia_formacoes_areadas_aude_2014/termo_referencia.pdf)>. Acesso em 12 ago. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. 174 p.

FORQUIN, Jean-Claude. **Escola e cultura**: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Trad. Guacira Lopes Louro, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 208 p.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 79 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 150 p.

\_\_\_\_\_. **Política e Educação**. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003. 119 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005. 107 p.

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 11 ed. São Paulo: Cortez, 1998. 192 p.

GALINDO, Marly; GOLDENBERG, Paulete. Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 18-23, jan-fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/03.pdf>>. Acesso em jun. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 199 p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena de. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, Lígia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorei, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 493-545

GIROUX, Henry; SIMON, Roger. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. In: **Currículo, cultura e sociedade**. MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU DA SILVA, Tomaz (org) 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 107-140.

GOIS, Palmyra Sayonara de; MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARÃES, Jacileide. Neoliberalismo e Programa Saúde da Família: a propósito do trabalho precarizado. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 4 [ed. especial], n.3, maio-jun. 2010, p.1204-1210.

Disponível em:

<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1098/pdf\\_96](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1098/pdf_96)>. Acesso em: mai. 2016.

GOODE, William Josiah; HATT, Paul. **Métodos em pesquisa social**. Tradução de Carolina Martuscelli Bori. 5. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1975. 488 p.

GOODSON, Ivor. **Currículo: teoria e história**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 140 p.

\_\_\_\_\_. Pessoas solitárias: a luta pelo significado privado e o propósito público. In: \_\_\_\_\_. **Políticas do conhecimento: vida e trabalho docente entre saberes e instituições**. (Org. e trad. Raimundo Martins e Irene Tourinho). Goiânia: Cegraf, 2007. p. 13 – 47.

\_\_\_\_\_. **As políticas de currículo e de escolarização: abordagens históricas**. Tradução de Vera Joscellyne. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008a, 166 p.

\_\_\_\_\_. A representação dos docentes: trazer de volta os professores. In: \_\_\_\_\_. **Conhecimento e vida profissional: estudos sobre educação e mudança**. Porto: Porto Editora, 2008b. p. 63-78

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr.– jun. 2010, p. 551-570.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde**. Washington, DC: The World Bank, 2013. 112 p. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801>>. Acesso em abr. 2015.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Volume 2. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 334 p.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. O problema da mortalidade infantil no Brasil. **Revista Sociologia**, São Paulo, v.13, p. 1 – 43, mar. 1951.

\_\_\_\_\_. **Cartilha brasileira do aprendiz de sociólogo: prefácio a uma sociologia nacional**. Rio de Janeiro: Ed. Andes, 1954. 174 p.

HADDAD, Ana Estela et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Cad ABEM.**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 6-12, out. 2009. Disponível em: <[http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol05.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol05.pdf)>. Acesso em jun. 2016.

HADDAD, Ana Estela et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl.1, p. 98-114 out. 2008. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1463/1099>. Acesso em jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, June 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. Epub May 21, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>.

HADDAD Jorge Quiñónez; ROSCHKE Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: Editora da OPS/OMS; 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, nº 100). 247 p.

HAFT, Henning; HOPMANN, Stefan. Curriculum administration as symbolic action. In: HAFT, Henning; HOPMANN, Stefan (org). **Case studies in curriculum administration history**. London/Washington: Falmer Press, 1990.

HAMMICK, Marilyn et al. A best evidence systematic review of interprofessional education. **Medical Teacher**, v. 29, n. 8, p. 735–751. 2007. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590701682576>>. Acesso em mai. 2015.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence. **A invenção das tradições**. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 390 p.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena Maria Bousquet (org.) **Constelação Capanema: intelectuais políticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. p. 127-152.

\_\_\_\_\_. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>. Acesso em jun. 2016.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164 p.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, Dec. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400017>.

JAEHN, Lisete. **Conhecimento e poder na história do pensamento curricular brasileiro**. 2000. 230f. Tese (Doutorado em Educação) - Área de Concentração de História e Filosofia da Educação da Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011

JAPIASSU, Hilton. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 221 p.

JORDAN, Grant; RICHARDSON, Jeremy. The British policy style or the logic of negotiation? In: **Policy styles in western Europe**. RICHARDSON, Jeremy (Edited by). New York: Routledge Revivals, 2013, p.80-97.

JUNQUEIRA, Luciano Prates; INOJOSA, Rose Marie. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: FUNDAP, 1997.



LABRA, Maria Eliana. 1955-1964: o sanitário desenvolvimentista. In: TEIXEIRA Sônia Maria Fleury et al. (coord.) **Antecedentes da reforma sanitária: textos de apoio**. Rio de Janeiro: PEC/ Ensp, 1988. p.9-36.

LEFEBVRE, Henri. Sociologia de Marx. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979. 111 p.

LEITE, Graciene Lannes. **Uma descrição da reforma do aparelho de estado e suas implicações nas políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1999. 82f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LINS, Auristela Maciel; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 87-106, Aug. 1998. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831998000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200007&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200007>.

LIMA, Margarete Maria de et al. Produção do conhecimento acerca da formação do enfermeiro: um estudo bibliométrico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 522-528, June 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300019&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300019>.

\_\_\_\_\_. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 106-113, Mar. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100013&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100013>.

\_\_\_\_\_. Integralidade na Atenção à Saúde e na Formação do Enfermeiro: Análise da Literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.2, p.155-162, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/610/676>>. Acesso em jun. 2016.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 23 - 116

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400002>.

LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth. O Pensamento Curricular no Brasil. In: LOPES Alice Casimiro; MACEDO Elizabeth (Orgs). **Currículo: debates contemporâneos**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005. p. 13 – 54.

\_\_\_\_\_. **Currículo da educação básica (1996-2002)**. Brasília: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/teste/Downloads/%7B8CA70139-DEE2-482B-9695-7CFF94F65846%7D\_MIOLO\_ESTADO%20DO%20CONHECIMENTO%20N%C2%BA%2011.pdf. Acesso em dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Contribuições de Stephen Ball para o estudo de políticas curriculares. In: BALL, Stephen; MAINARDES, Jeferson (org). **Políticas curriculares: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 248 - 282.

LOPES NETO, David et al . Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, Dec. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600003&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600003>.

MACHADO, Cristiani Vieira Machado; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 139-162.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SOARES, Jeferson Boechat. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 159-170, Mar. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100159&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100159&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.1002>.

MAINARDES, Jefferson. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise das políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n94/a03v27n94.pdf>. Acesso em dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Reinterpretando os ciclos de aprendizagem**. São Paulo: Cortez, 2007. 240 p.

MAINARDES, Jefferson; STREMEL Silvana. A teoria de Basil Bernstein e algumas de suas contribuições para as pesquisas sobre políticas educacionais e curriculares. **Revista Teias** v. 11 n. 22, p. 1–23, maio/agosto, 2010. Disponível em: <http://periodicos.proped.pro.br/index.php/revistateias/article/viewFile/575/580>. Acesso em: jun. 2015.

MAIO, Marcos Chor; LOPES, Thiago da Costa. Da escola de Chicago ao nacional-desenvolvimentismo: saúde e nação no pensamento de Alberto Guerreiro Ramos (1940 - 1950). **Sociologias**, Porto Alegre, v. 14, n. 30, p. 290-329, Aug. 2012. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222012000200010&lng=en&nrm=iso)>.

Access

on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222012000200010>.

MARANHÃO, Éfrem de Aguiar; SILVA, Fernando Antônio Menezes da. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco(IMIP), Ministério da Saúde, 2001, p. 153-168

MARÇAL, Mariane et al. Análise dos projetos pedagógicos de cursos de graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 117-125, maio/ago. 2014. Disponível em:<[file:///C:/Users/teste/Downloads/10027-37596-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/teste/Downloads/10027-37596-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso dez. 2015.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni et al. Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 275-285, 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100020&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100020>.

MATSUMOTO, Karen dos Santos. **A formação do enfermeiro para atuação na atenção básica**: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). 2010. 99f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MAURO Maria Yvone Chaves. Economia e Saúde na política nacional de desenvolvimento do país. In: **Anais do 35º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. São Paulo (SP), Brasil; 24-30 set; 1983. São Paulo (SP): ABEn-SP, 1983, p. 78.

MEDEIROS, Adeli Regina Prizybicien de. et al. A epidemiologia como referencial teórico-metodológico no processo de trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1519-1523, Dec. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600032&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600032>.

MEDEIROS, Roberto H. Amorim de. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 497-514, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200009>.

MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, p. 27-35, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072011000500003&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500003>.

MELLO, Guiomar Namó de. **Cidadania e competitividade**: desafios educacionais do terceiro milênio. Colaboração Madza Julita Nogueira. São Paulo, Cortez, 2002. 204 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDONÇA, Érica Toledo de. **Enfermagem-saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977-1980**. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 235-313.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-160.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 87 p.

\_\_\_\_\_. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; FOSCHIERA, Marlene Madalena Possan. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. In: FREESE Eduardo (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 45-76.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Burg Ricardo. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, agosto 2006. Disponible en <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Um desafio sociológico para a educação médica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 15, n. 1, p. 25-32, jan. – dez. 1991.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.

MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira. **Projeto Político de formação do enfermeiro:** contextos, textos, (re)construções. 2010. 993f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa. **Currículos e programas no Brasil.** 2. ed. Campinas: Papirus, 1994. 232 p.

\_\_\_\_\_. Currículo, utopia e pós-modernidade. In MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa (org.). **Currículo:** questões atuais. Campinas: Papirus, 1997. p. 9 – 28

\_\_\_\_\_. Didática e currículo: questionando fronteiras. In OLIVEIRA, Maria Rita Neto Sales (org). **Confluências e divergências entre didática e currículo.** Campinas: Papirus, 1998. p. 33-52.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: GOODSON, Ivor. **As políticas de currículo e de escolarização:** abordagens históricas. Petrópolis: Vozes, 2008, 166 p.

MOREIRA, Antonio Flavio Barbosa; TADEU DA SILVA, Tomaz. Sociologia e teoria crítica do currículo. In: **Currículo, cultura e sociedade.** MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU DA SILVA, Tomaz (org) 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 13-47.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sônia Maria Villela. Relação docente-discente em Enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 5, p. 645-651, Oct. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500008&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500008>.

MOURA, Abigail et al . SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. spe, p. 441-453, 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700011&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000700011>.

MOURA, Maria Eliete Batista et al. Formação do enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família. **Rev. pesq. cuid. fundam.** online 2011. v. 3, n. 5 (esp.), p. 129-134, 2011.

NIEMEYER, Fernanda; SILVA, Karen Schein da; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 767-773, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072010000400021&lng=en&nrm=iso>. Access  
on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400021>.

NOGUEIRA, Fernando do Amaral. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais**: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. 2006. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 155 p.

NOSELLA, Paolo. Compromisso político e competência técnica: 20 anos depois. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 90, p. 223-238, Apr. 2005. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302005000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000100010&lng=en&nrm=iso)>. Access  
on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302005000100010>.

NÓVOA, António. Os professores e as histórias da sua vida. In: NÓVOA, António (Org.). **Vidas de professores**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 1992, p. 11-30.

NUNES, Everardo Duarte. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. OPAS, Brasília. 1985.

\_\_\_\_\_. As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1995. p. 53-62

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 55-69. 1996. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0055.pdf>>. Acesso em mai. 2016.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SILVA, Luzia Wilma Santana da; PIRES, Eulina Patricia Oliveira Ramos. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 252-260, Apr. 2011. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Access  
on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200005>.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, Sept. 2008. Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300008&lng=en&nrm=iso)>. Access  
on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde? Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) Washington: PAHO. Agosto de 2005. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, Genebra, 2010. Disponível em <[http://www.sbfa.org.br/fnepas/oms\\_traduzido\\_2010.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/oms_traduzido_2010.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Organização Mundial de Saúde – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Diminuindo diferenças**: As práticas das políticas sobre Determinantes Sociais de Saúde (documento de discussão). Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 19-21 de outubro de 2011. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Global standards for the initial education of professional nurses and midwives [Internet]**. Geneva (CH); 2009 [citado 2016 jun 9]. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2016

PAIM, Jairnilson Silva. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington DC: OPAS, OMS, 1992. p. 151-168.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Aug. 1998. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-571.

PAIM, Jairnilson Silva. Conferência: Determinantes Sociais de Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação da Saúde. In: **Anais I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília 04 a 06 de janeiro de 2006. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília, DF, 2009.

PAPOULA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis – RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 168f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Subárea: Políticas Públicas de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-623420130004000977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420130004000977&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PERES, Cristiane Martins et al . Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 134-141, mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200018&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200018>.

PERRENOUD, Philippe. **O ofício de aluno e sentido do trabalho escolar**. Porto: Porto Editora, 1994. 239 p.

PESSOA, Fernando. **Obras em prosa**. Notas soltas. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995.

PIMENTA, Selma Garrido; LIMA, Maria Socorro Lucena. **Estágio e docência**. São Paulo: Cortez Editora, 2004. 296 p.

PIMENTEL, Maria Regina Araujo Reicherte; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Formação crítica de enfermeiros: repercussões na universidade do estado do rio de janeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 247-253, abr/jun 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a18.pdf>>. Acesso em jan. 2016.

PLATÃO. **A República** (Livro VII – O Mito da caverna). Tradução de Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

PLUYE Pierre; POTVIN Louise; DENIS Jean-Louis. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning** v. 27, n. 2, p. 121-133, january 2004. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/222688643\\_Making\\_Health\\_Programs\\_Last\\_Conceptualizing\\_Sustainability](https://www.researchgate.net/publication/222688643_Making_Health_Programs_Last_Conceptualizing_Sustainability)>. Acesso em: mai. 2016.

POPKEWITZ, Thomas. **Reforma educacional**: uma política sociológica – poder e conhecimento em educação. Tradução de Beatriz Afonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. 294 p.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Epidemiologia e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1989. 271 p.

PRETO, Vivian Aline et al. Refletindo sobre as contribuições da enfermagem para a saúde global. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 267-270, 2015 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0267.pdf>> Acesso em jan. 2016.

PUCCINI, Rosana Fiorini et al. O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo: contribuições para institucionalização e integração Universidade/Serviços de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 80-88, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)



55022012000300013&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300013>.

RAMOS, Marise. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 18, supl.2, p. 55-59. Abr – jun 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600008)>. Acesso em dez 2015.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 854-867, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400014&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000400014>.

REIS Francinne Louise Teixeira et al. A interdisciplinaridade no Grupo Tutorial Primeiro de Maio - PET-Saúde. In: **Anais do II Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde**; 24 a 26 de outubro de 2013 ; São Paulo; Brasil. São Paulo: CONVIBRA; 2013.

REEVES, Scott et al. **Interprofessional education**: effects on professional practice and health care outcomes (update). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013;3: CD 002213. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>. Acesso em jan. 2015.

REVEL, Judith. Michel. **Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005. 96 p.

RIBEIRO, Darcy. **A universidade necessária**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1978. 307 p.

RIOS, José Arthur. A saúde como valor social. **Boletim do Sesp**, n. 33, p. 2-3, abr. 1953.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; BORTOLOTO, Claudimara. The concept of equity for designing social policies: political and ideological assumptions of the development proposal of CEPAL. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-804, Sept. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300014&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300014>.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, Feb. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100018&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>.

RODRIGUES, Ana Maria Maia et al. Projetos políticos pedagógicos e sua interface com as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 1, p.

182-190 jan/mar 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16508>>. Acesso em: mai. 2015.

ROSENBLATT, Aronita; OLIVEIRA E SILVA, Emanuel Dias de; CALDAS JÚNIOR, ARNALDO de França. Novas diretrizes curriculares para o ensino de Odontologia. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001, p. 263-278.

SACRISTÁN, Gimeno. **Poderes instáveis em educação**. Tradução de Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 287 p.

\_\_\_\_\_. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise prática? In SACRISTÁN, Gimeno. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 119 – 148.

SAMAJA, Juan. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. **Educación Médica y Salud**, v. 26, n. 1, p. 4-34, enero-marzo, 1992.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. As origens da modalidade de currículo integrado. In: \_\_\_\_\_. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p.9-23.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003, 87 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 2, p. 217-221, Apr. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200018&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200018>.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Razões da desordem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. 148 p.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. Cidadela. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982. 518 p.

SCHVEITZER, Mariana Cabral et al. Estilos de pensamento em educação em enfermagem: a produção científica de três regiões do Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 60-67, Mar. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

81452013000100009&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100009>.

SCLiar, Moacyr. **Do mágico ao social**. A trajetória da saúde pública, Porto Alegre: L & PM Editores, 1987. 111 p.

SHIROMA, Eneida Oto; GARCIA, Rosalba Maria Cardoso; CAMPOS, Roselene Fátima. Conversão das “almas” pela liturgia da palavra: uma análise do discurso do movimento Todos pela Educação. In: BALL, Stephen; MAINARDES, Jefferson (org). **Políticas educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 222-247.

SILVA, Alcione Leite da. A enfermagem na era da globalização: desafios para o século XXI. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 787-790, Aug. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400021&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400021>.

SILVA, Ana Lúcia da; CAMILLO, Simone de Oliveira. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 403-410, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300009>.

SILVA, Kênia Lara et al. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 380-387, June 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200024&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200024>.

\_\_\_\_\_. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1211-1218, Oct. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000501211&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501211&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000501211>.

SILVA, Maria Josefina; SOUSA, Eliane Miranda de; FREITAS, Cibelly Lima. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, Apr. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200015&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200015>.

SILVA, Simone Albino et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no psf e dificuldades em romper o modelo flexneriano. **R. Enferm. Cent. O. Min.** V. 1, n. 1 p. 30-39, jan/mar 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/14/68>>. Acesso em jun. 2015.

SILVEIRA, Mario Magalhães da. Conferência proferida pelo Ministro da Saúde (05/09/54 – 20/12/55) Aramis Athayde na Academia de Medicina Militar, no Rio de Janeiro em 27 de junho de 1955. In: SILVA, Rebeca de Souza e; MORELL, Maria Graciela González de (Org.). **Política Nacional de Saúde Pública: a trindade desvelada: economia – saúde – população**. 6. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2008. p. 27 – 41.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al . O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 250-257, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100035&lng=en&nrm=iso)>. Access on 16 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100035>.

TADEU DA SILVA, Tomaz. Apresentação In: GOODSON, Ivor. **Currículo: teoria e história**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 140 p.

\_\_\_\_\_. **Identidades terminais: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política**. Petrópolis: Vozes, 1996. 154 p.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. O trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 93-119.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; VILASBOAS Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um Projeto Possível. Belo Horizonte, 2013.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 262 p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Projeto-Montes-Claros-a-utopia-revisitada.pdf>>. Acesso em: mai, 2015.

TEODORO, Antonio Neves Duarte. **A construção social das políticas educativas estado, educação e mudança social no Portugal contemporâneo. 1999**. 526f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Educação) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1999. 526 p.

\_\_\_\_\_. **Globalização e educação**. Políticas Educacionais e novos modos de governação. Edição/reimpressão. Porto: Edições Afrontamento, 2005. 168 p.

\_\_\_\_\_. **Educação, Globalização e Neoliberalismo**. Os novos modos de regulação transnacional das políticas de educação. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, 2010. 73 p.

\_\_\_\_\_. **A educação em tempos de globalização neoliberal: os novos modos de regulação das políticas educacionais**. Brasília: Liber Livro, 2011. 176 p.

TEODORO, Antonio Neves Duarte. Políticas educativas ou a transdisciplinaridade de um campo de estudo. In TELLO, César. **Epistemologias de La Política Educativa: posicionamientos, perspectivas y enfoques**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p. 485- 494.

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Peires de. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, Jan-Mar 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)> Acesso em jun. 2016.

VALE, Eucléa Gomes; FERNANDES, Josicelia Dumê. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. spe, p. 417-422, 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700006&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000700006>.

VASCONCELOS, Maria Lucia Marcondes Carvalho; BRITO, Regina Helena Pires de. **Conceitos de Educação em Paulo Freire**. Petrópolis: Vozes, 2006. 196 p.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, Mar. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>>.

VIEIRA, Cesar. Desigualdade e saúde na América Latina. In: Organização Pan-Americana de Saúde-OPS. **Ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Washington, 1991.

YOUNG, Michael (org.) **Knowledge and Control: New Directions for the Sociology of Education**. London: Collier-Macmillan, 1971. 289 p.

YOUNG, Michael; WHITTY Geoff. **Society, State and Schooling**. 1977. 288 p.

WIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; COSTA, Bruna da; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, Oct. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500019&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>.

WINTERS, Joanara Rozane da Fontoura. **Formação em Enfermagem para o SUS numa perspectiva crítico e criativa: visão dos formandos**. 2012. 152f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) - Área de Concentração Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/9768227-Joanara-rozane-da-fontoura-winters-formacao-em-enfermagem-para-o-sistema-unico-de-saude-numa-perspectiva-critico-e-criativa-visao-dos-formandos.html>>. Acesso em: mar. 2016.

WILLIAMS, Raymond. **La Larga Revolución**. Buenos Aires: Nueva Vision, 2003. 356 p.

WILLIAMS, Raymond. Base e superestrutura na teoria cultural marxista. **REVISTA USP**, São Paulo, n.65, p. 210-224, março/maio 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13448/15266>>. Acesso em: dez. 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Guia de entrevistas: Coordenadora do Pró/PET-Saúde

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Criar alguma confiança entre a narradora e a entrevistadora. <input type="checkbox"/> Promover um ambiente descontraído. <input type="checkbox"/> Conhecer alguns fatos relevantes e objetivos para a caracterização da narradora.	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> Qual é a sua profissão? <input type="checkbox"/> Quanto tempo você trabalha como docente? <input type="checkbox"/> Em quais IES você já lecionou?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aceder à hetero-imagem da narradora por meio dela própria. <input type="checkbox"/> Compreender algumas posições tomadas pela narradora ao longo da entrevista. <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> Como você pensa que os outros te veem enquanto pessoa? <input type="checkbox"/> O que a leva a dizer isso? <input type="checkbox"/> Se pudesse, mudaria de atividade? <input type="checkbox"/> Para qual?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Perceber se a narradora identifica pontos de contato entre a sua dimensão pessoal e a dimensão profissional. <input type="checkbox"/> Conhecer os fatores e as motivações que conduziram à coordenação do PRO/PET-Saúde	<input type="checkbox"/> Como foi o seu percurso na profissão até chegar à docência e depois até chegar à coordenação do Pró/PET-Saúde?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar fatores de satisfação para a narradora <input type="checkbox"/> Identificar fatores de insatisfação para a narradora <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> O que mais agrada você na coordenação do Pró/PET-Saúde? <input type="checkbox"/> E o que menos agrada?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Avaliar significados, valores e crenças em relação ao PRO/PET-Saúde e sua interface com a integralidade dos cuidados em saúde.	<input type="checkbox"/> Como você vê esse modelo de reorientação da formação profissional aos estudantes dos Cursos de Graduação em Enfermagem no contexto de uma abordagem integral e resolutive do processo saúde-doença?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Compreender a implantação do Pro/PET-Saúde nos cenários de prática <input type="checkbox"/> Definir papéis que estão sendo desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – Serviços de Saúde e Comunidade)	<input type="checkbox"/> Na realidade específica desta IES, como se dá a integração ensino–serviço–comunidade, para inserção dos estudantes no cenário real da prática?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar mudanças nas propostas curriculares após o Pró/PET-Saúde <input type="checkbox"/> Conhecer as expectativas e as perspectivas da narradora para o futuro do projeto Pró/PET-Saúde. <input type="checkbox"/> Identificar pontos favoráveis para a sustentabilidade dos serviços de saúde após a implantação do Pró/PET-Saúde	<input type="checkbox"/> Você conhece o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Você conhece todos os projetos PET-Saúde do projeto que coordena? <input type="checkbox"/> Qual sua expectativa em relação aos Programas Pró/PET-Saúde na reformulação dos PPP de Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Já se pode notar mudanças nos PPP de enfermagem após a implementação dos Programas Pró/PET-Saúde

nesta IES? Qual (s)? Estas mudanças já estão registradas no PPP do Curso de Graduação em Enfermagem?

☐ Caso não haja observado mudanças, a quais fatores você atribui?

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Deixar algum espaço para a narradora se exprimir livremente sobre qualquer assunto que julgue importante.	<input type="checkbox"/> Você gostaria de acrescentar alguma (s) questão a esta entrevista?
	<input type="checkbox"/> Qual (s)?



## APÊNDICE B – Guia de entrevistas: Tutor (a) do PET- Saúde

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Criar alguma confiança entre o narrador (a) e a entrevistadora. <input type="checkbox"/> Promover um ambiente descontraído. <input type="checkbox"/> Conhecer alguns fatos relevantes e objetivos para a caracterização do (a) narrador (a).	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> Qual é a sua profissão? <input type="checkbox"/> Quanto tempo você trabalha como docente? <input type="checkbox"/> Em quais IES você já lecionou?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aceder à hetero-imagem do (a) narrador (a) através dele (a) próprio (a). <input type="checkbox"/> Compreender algumas posições tomadas pelo narrador (a) ao longo da entrevista. <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> Como você pensa que os outros te veem enquanto pessoa? <input type="checkbox"/> O que o (a) leva a dizer isso? <input type="checkbox"/> Se pudesse, mudaria de atividade? <input type="checkbox"/> Para qual?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Perceber se o narrador (a) identifica pontos de contato entre a sua dimensão pessoal e a dimensão profissional. <input type="checkbox"/> Conhecer os fatores e as motivações que conduziram à tutoria do PET-Saúde	<input type="checkbox"/> Como foi o seu percurso na profissão até chegar à docência e depois até chegar à tutoria do PET-Saúde?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar fatores de satisfação para o (a) narrador (a) <input type="checkbox"/> Identificar fatores de insatisfação para o (a) narrador (a) <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> O que mais agrada você na tutoria do PET-Saúde? <input type="checkbox"/> E o que menos agrada?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Avaliar significados, valores e crenças em relação ao Pró/PET-Saúde e sua interface com a integralidade dos cuidados em saúde.	<input type="checkbox"/> Como você vê esse modelo de reorientação da formação profissional aos estudantes dos Cursos de Graduação em Enfermagem no contexto de uma abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Compreender a implantação do PET-Saúde nos cenários de prática <input type="checkbox"/> Definir papéis que estão sendo desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – Serviços de Saúde e Comunidade)	<input type="checkbox"/> Na realidade específica desta IES, como se dá a integração ensino-serviço-comunidade, para inserção dos estudantes no cenário real da prática?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Conhecer as expectativas e as perspectivas do (a) narrador (a) para o futuro do projeto PET-Saúde. <input type="checkbox"/> Identificar mudanças nas propostas curriculares após o PET-Saúde <input type="checkbox"/> Identificar pontos favoráveis para a sustentabilidade dos serviços após a implantação do PET-Saúde	<input type="checkbox"/> Você conhece o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Qual a sua expectativa em relação aos Programas Pró/PET-Saúde na reformulação dos PPP do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Já se pode notar mudanças nos PPP de Enfermagem após a implantação dos Programas Pró/PET-Saúde nesta IES?

Qual (s)? Estas mudanças já estão registradas no PPP do Curso de Graduação em Enfermagem?

☐ Caso não haja observado mudanças, a quais fatores você atribui?

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Deixar algum espaço para o narrador (a) se exprimir livremente sobre qualquer assunto que julgue importante.	<input type="checkbox"/> Você gostaria de acrescentar alguma questão a esta entrevista?
	<input type="checkbox"/> Qual (s)?

## APÊNDICE C – Guia de entrevistas: Preceptor (a) do PET-Saúde

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Criar alguma confiança entre o narrador (a) e a entrevistadora. <input type="checkbox"/> Promover um ambiente descontraído. <input type="checkbox"/> Conhecer alguns fatos relevantes e objetivos para a caracterização do (a) narrador (a).	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> Qual é a sua profissão? <input type="checkbox"/> Quanto tempo você trabalha como profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Em quais serviços de saúde você já trabalhou?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Aceder à hetero-imagem do (a) narrador (a) através dele (a) próprio (a). <input type="checkbox"/> Compreender algumas posições tomadas pelo narrador (a) ao longo da entrevista. <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> Como você pensa que os outros te veem enquanto pessoa? <input type="checkbox"/> O que o (a) leva a dizer isso? <input type="checkbox"/> Se pudesse, mudaria de atividade? <input type="checkbox"/> Para qual?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Perceber se o narrador (a) identifica pontos de contato entre a sua dimensão pessoal e a dimensão profissional. <input type="checkbox"/> Conhecer os fatores e as motivações que conduziram à preceptoria PET-Saúde	<input type="checkbox"/> Como foi o seu percurso na profissão até chegar à preceptoria do PET-Saúde?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar fatores de satisfação para o (a) narrador (a) <input type="checkbox"/> Identificar fatores de insatisfação para o (a) narrador (a)	<input type="checkbox"/> O que mais agrada você na preceptoria do PET-Saúde? <input type="checkbox"/> E o que menos agrada?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Avaliar significados, valores e crenças em relação ao Pró/PET-Saúde e sua interface com a integralidade dos cuidados em saúde.	<input type="checkbox"/> Como você vê esse modelo de reorientação da formação profissional aos estudantes dos Cursos de Graduação em Enfermagem no contexto de uma abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Compreender a implementação do PET-Saúde nos cenários de prática <input type="checkbox"/> Definir papéis que estão sendo desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – Serviços de Saúde e Comunidade)	<input type="checkbox"/> Na realidade específica desta IES, como se dá a integração ensino – serviço – comunidade, para inserção dos estudantes no cenário real da prática? <input type="checkbox"/> O Curso de Enfermagem está utilizando a inserção das necessidades dos serviços de saúde como fonte de produção de conhecimento e pesquisa? <input type="checkbox"/> de que forma?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar mudanças nas propostas curriculares após o PET-Saúde <input type="checkbox"/> Conhecer as expectativas e as perspectivas do (a) narrador (a) para o futuro do projeto PET-Saúde.	<input type="checkbox"/> Você conhece o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Você conhece o projeto PET-Saúde no qual está inserido (a)?

- ☐ Identificar pontos favoráveis para a sustentabilidade dos serviços após a implantação do PET-Saúde
- ☐ Qual sua expectativa em relação aos Programas Pró/PET-Saúde na reformulação dos PPP do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES?
- ☐ Já se pode notar mudanças nos PPP de Enfermagem após a implementação dos Programas Pró/PET-Saúde nesta IES? Qual (s)? Estas mudanças já estão registradas no PPP do Curso de Graduação em Enfermagem?
- ☐ Caso não haja observado mudanças, a quais fatores você atribui?

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Deixar algum espaço para o narrador (a) se exprimir livremente sobre qualquer assunto que julgue importante.	<input type="checkbox"/> Você gostaria de acrescentar alguma questão a esta entrevista? <input type="checkbox"/> Qual (s)?

## APÊNDICE D – Guia de entrevistas: Aluno (a) do PET-Saúde

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Criar alguma confiança entre o narrador (a) e a entrevistadora. <input type="checkbox"/> Promover um ambiente descontraído. <input type="checkbox"/> Conhecer alguns fatos relevantes e objetivos para a caracterização do (a) narrador (a).	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Qual é a sua idade? <input type="checkbox"/> Qual o ano/semestre que você está cursando?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Aceder à hetero-imagem do (a) narrador (a) através dele (a) próprio (a).	<input type="checkbox"/> Como você pensa que os outros o veem enquanto pessoa? <input type="checkbox"/> O que o (a) leva a dizer isso?
<input type="checkbox"/> Perceber se o narrador (a) identifica pontos de contato entre a sua dimensão pessoal e a futura profissão de enfermeiro (a). <input type="checkbox"/> Conhecer os fatores e as motivações que conduziram à escolha pela profissão de enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/> Você identifica alguma relação entre a vida pessoal e a perspectiva profissional? <input type="checkbox"/> Por que você quis cursar Enfermagem? <input type="checkbox"/> Como foi o seu percurso enquanto aluno do curso de enfermagem até chegar ao PET-Saúde?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Compreender algumas posições tomadas pelo narrador (a) ao longo da entrevista. <input type="checkbox"/> Identificar fatores de satisfação para o (a) narrador (a) <input type="checkbox"/> Identificar fatores de insatisfação para o (a) narrador (a) <input type="checkbox"/> Avaliar a importância dos fatores de satisfação e de insatisfação.	<input type="checkbox"/> Por que você quis fazer parte do PET-Saúde? <input type="checkbox"/> O que mais agrada você no PET-Saúde? <input type="checkbox"/> E o que menos agrada?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Avaliar significados, valores e crenças em relação ao Pró/PET-Saúde e sua interface com a integralidade dos cuidados em saúde.	<input type="checkbox"/> Como você vê esse modelo de reorientação da formação profissional aos estudantes dos Cursos de Graduação em Enfermagem no contexto de uma abordagem integral e resolutiva do processo saúde-doença?
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Compreender a implementação do PET-Saúde nos cenários de prática <input type="checkbox"/> Definir papéis que estão sendo desenvolvidos pelos sujeitos do processo (IES – Serviços de Saúde e Comunidade)	<input type="checkbox"/> Na realidade específica desta IES, Como se dá a integração ensino – serviço – comunidade, para inserção dos estudantes no cenário real da prática? <input type="checkbox"/> O curso de Enfermagem está utilizando a inserção das necessidades dos serviços de saúde como fonte de produção de conhecimento e pesquisa? <input type="checkbox"/> Você conhece o projeto PET-Saúde no qual está inserido (a) ? <input type="checkbox"/> Na sua opinião, os compromissos estabelecidos no projeto PET-Saúde entre os parceiros (Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade) estão sendo cumpridos? Explique.
Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Identificar mudanças nas propostas curriculares após o PET-Saúde <input type="checkbox"/> Conhecer as expectativas e as perspectivas do (a) narrador (a) para o futuro do projeto PET-Saúde.	<input type="checkbox"/> Você conhece o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem desta IES? <input type="checkbox"/> Já se pode notar mudanças no curso de enfermagem após a implantação do projeto PET-Saúde nesta IES?

☐ Identificar pontos favoráveis para a sustentabilidade dos serviços de saúde após a implementação do PET-Saúde

☐ Quais? Estas mudanças já estão registradas no PPP do Curso de Graduação em Enfermagem?  
☐ Caso não haja observado mudanças, a quais fatores você atribui?

Objetivos principais	Questões
<input type="checkbox"/> Deixar algum espaço para o narrador (a) se exprimir livremente sobre qualquer assunto que julgue importante.	<input type="checkbox"/> Você gostaria de acrescentar alguma (s) questão (s) a esta entrevista? <input type="checkbox"/> Qual (s)?