

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA.  
PPG EM PSICOLOGIA

BÁRBARA MORAES SANTANA

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA REDE DE SAÚDE/SUS: ANÁLISE  
DE DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Maceió  
2015

BÁRBARA MORAES SANTANA

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA REDE DE SAÚDE/SUS: ANÁLISE  
DE DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

Maceió

2015

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

**Bibliotecário Responsável: Janis Christine Angelina Cavalcante**

- S231e Santana, Bárbara Moraes.  
Estágio supervisionado na rede de saúde/ SUS: análise de documentos do Ministério da Saúde. / Bárbara Moraes Santana. Maceió – 2015.  
90 f. : il.
- Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2015.
- Bibliografia: f. 68-75.  
Apêndice: f. 76-90.
1. Saúde - formação. 2. Estágio curricular supervisionado. 3. SUS. 4. Atendimento humanizado I. Título.

CDU: 159.9.019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

## TERMO DE APROVAÇÃO

**BÁRBARA MORAES SANTANA**

Título do Trabalho: **"Estágio Curricular Supervisionado na rede de Saúde/SUS: Análise de documentos do Ministério da Saúde"**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (UFAL)

Examinadoras:

Profª. Drª. Barbara Eleonora Bezerra Cabral (UNIVASF)

Profª. Drª. Cristina Camêlo de Azevêdo (UFAL)

Maceió-AL, 13 de Abril de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha mãe Maria Célia por ter segurado a barra e acreditado e sempre apoiado minhas escolhas.

Ao professor Jefferson Bernardes pelo incentivo, dedicação, apoio e amizade. E por tornar o processo do mestrado a mais leve e prazerosa das experiências, na medida do possível.

Às professoras Christina Camelo e Bárbara Cabral que me abraçaram com palavras e construíram muito para meu entusiasmo durante a avaliação do trabalho na qualificação.

Ao grupo de pesquisa pelo acolhimento, aprendizado, pelas inquietações, descobertas, felicidades, amizades, risadas, churrascos e pela tentativa divertida de me convencer de que eu sou Psicóloga e não Nutricionista. Por vezes me perguntei “Porque mesmo que eu nunca pensei em fazer psicologia?”.

Aos amigos que sempre me apoiaram e tornaram a caminhada leve com os momentos e as conversas. E por aceitar ler a dissertação em andamento durante a madrugada quando simplesmente poderiam estar dormindo só para amenizar as minhas angústias. Esses são realmente amigos.

Em especial a Marcos Leandro e Walkíria Souza pela companhia nos dias inteiros de trabalho na biblioteca da UFAL, pelo apoio, paciência e torcida. Vocês foram essenciais!

À FAPEAL por apoiar financeiramente a pesquisa e viabilizar a permanência no mestrado.

Finalizo agradecendo a todos que direta ou indiretamente emanaram energias positivas que com certeza ajudaram na caminhada e conclusão desse trabalho.

Que os ventos de Iansã levem a todos o mesmo sucesso que me desejaram nesse percurso. E que Ogum abra os nossos caminhos e não nos permita desistir nunca de uma luta. Somos guerreiros!

**Olorum Kolofé Axé**

(Deus te abençoe e te dê força)

## RESUMO

Esta pesquisa discute a formação em saúde com recorte no Estágio Curricular Supervisionado dos cursos de graduação em saúde, visto sua importância como estratégia de Educação Permanente dos profissionais dos serviços de saúde. Considerando o Sistema Único de Saúde orientador da formação dos profissionais e as atuais estratégias do Ministério da Saúde (que visam a aproximação entre o ensino e o serviço), este projeto objetiva compreender que concepções de Estágio Curricular Supervisionado são produzidas nos documentos do Ministério da Saúde para os cursos de graduação da saúde. As atividades práticas e de estágio se configuram hoje como o principal elo entre a graduação e o serviço e se propõem a preparar o estudante para a prática profissional por meio da convivência com a realidade e com os atores do serviço de saúde. Por isso, os documentos que consolidam o SUS nos fornecem argumentos para a construção de propostas pedagógicas e princípios que possibilitam a busca por modelos de formação mais coerentes com as necessidades da população. O referencial teórico-metodológico utilizado foi o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, constituindo um convite ao diálogo com os documentos acerca do estágio curricular supervisionado tendo como território o cotidiano do Sistema Único de Saúde. A análise de documentos é um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações, possibilitando fluidez de discursos e de negociações diversas entre autores e documentos. Na pesquisa, selecionamos os documentos do Ministério da Saúde que norteiam os serviços de saúde ou as atividades de formação no SUS. Os documentos foram organizados em Mapas Dialógicos e a partir destes, identificamos os repertórios linguísticos. Os repertórios foram analisados para formar conjunto de sentidos sobre a formação e estratégias de ensino possíveis para a organização pedagógica do estágio. Foram construídas sete categorias e duas delas, Estratégias de ensino e Estágio, foram descritas tendo as demais como discussões transversais no intuito de identificar princípios, diretrizes e direcionamentos metodológicos, para uma possível proposta pedagógica de estágio curricular supervisionado. Os resultados nos afirmam rupturas com o modelo tradicional de ensino, sugerindo metodologias de ensino ascendentes e transformadoras, inclusivas, tendo a atenção básica e o princípio da integralidade como norteadores e a inclusão como estratégia para uma formação mais participativa, tendo a prática como principal estratégia de ensino, objetivando uma aprendizagem significativa e capaz de promover mudanças institucionais.

Palavras-chave: Formação, Estágio, Saúde, Integralidade, Atenção básica, humanização.

## ABSTRACT

This research discusses professional training in health focusing on supervised academic internship at healthcare graduation courses, taking its relevance as a permanent education strategy to health service professionals. Considering SUS as a determinant to both professional education and current MS strategies (which seek to approximate practice and education), this research aims at understanding which supervised academic internship conceptions are made present on MS files regarding health graduation courses. Practical activities and internships constitute today the main link between graduation and practice, training to prepare the student for professional practice based on the interaction with reality and health service actors. In this sense, the files that consolidate SUS provide arguments on the formulation of pedagogical planning and principles, which validate the search for graduation models adequate to the needs of the population. The theoretical and methodological background used was Discursive practices and production of meanings, which constitute of an invitation to dialogue with the documents about supervised academic internship that take place in SUS. The documental analysis is a tool which enables a better exchange of informations and allows the flow of discourses and negotiations among actors and files. On this research we will use documents from MS that guide health services or professional training activities. The files were organized in dialogical maps and, based on those, we identified linguistic repertoires. The latter were analysed in order to formulate an assembly of meanings about professional training and possible educational strategies concerning the pedagogical organization of internship. There were constituted seven categories and two of them, Estratégias de ensino and Estágio, were described as having the others as transversal discussions, aiming at identifying principles, guidelines and methodological directions for a possible supervised academic training proposition. The results show ruptures in comparison to the traditional educational model, suggesting ascendent and transforming, inclusive methodologies guided by primary care and the principle of integrality, and inclusion as a strategy to a more participative academic education, having practice as main educational strategy, towards a meaningful learning experience capable of promoting institutional changes.

Keywords : training , internship , Health , integrality , primary care, humanization.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	3
<b>2 A CONQUISTA DO SUS E SEU IMPACTO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	7
<b>3 AS DIRETRIZES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	12
3.1 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NA ATUALIDADE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE MODIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENSINO	13
<b>4 O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	18
<b>5 REFERENCIAL METODOLÓGICO</b>	24
<b>6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	26
6.1 ELABORAÇÃO DOS MAPAS DIALÓGICOS	26
6.2 ELABORAÇÃO DOS REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS	28
<b>7 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE</b>	30
7.1 CONSTRUÇÃO DO SUS - O QUE ESTAMOS CONSTRUINDO MESMO?	30
<b>7.1.1 Importância das políticas para o SUS</b>	31
<b>7.1.2 Princípios e valores</b>	33
7.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE - POR QUE EDUCAÇÃO E TRABALHO SE AFASTAM TANTO?	35
<b>7.2.1 Papel das Instituições de Ensino Superior na construção do SUS</b>	36
7.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - AFINAL, QUEM PODE PARTICIPAR DESTE PROCESSO?	38
7.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - O QUE ENSINAMOS?	40
7.5 ESTRATÉGIAS DE ENSINO - BORA JUNTOS PRÁ RUA!	43
<b>7.5.1 Modelo tradicional de formação em saúde: um modelo em desconstrução</b>	52
7.6 A PRÁTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO	57
<b>7.6.1 SUS como local de formação</b>	57
<b>7.6.2 Estágio</b>	59
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	64
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO</b>	68
<b>APÊNDICE A</b>	76
<b>APÊNDICE B</b>	80
<b>APÊNDICE C</b>	83

*Mudar é difícil, mas é possível.*

Paulo Freire

## 1 INTRODUÇÃO

A conquista do direito à saúde pública e estatal no Brasil marca uma das mais importantes lutas sociais do nosso país. Com o movimento da reforma sanitária a população construiu um projeto coletivo que tem princípios únicos que refletem não apenas um modelo de saúde eficiente e resolutivo por meio de bases legais, mas, também, uma projeção de modelo de sociedade desejada. Com isso, de acordo com a Constituição Nacional “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

As definições constitucionais abriram caminho para que, em 1990, também por ampla pressão da população organizada, o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse regulamentado em uma lei ordinária, a Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei 8.080/1990) progredindo na organização de um sistema realmente único, efetivamente resolutivo e mais equânime de atenção à saúde. O SUS é responsável por garantir o acesso à saúde a toda a população, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade oferecendo serviços de saúde de toda a complexidade de acordo com as necessidades dos indivíduos e da população e ordenar a formação dos profissionais na área da saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, é por meio da formação que se pode: preparar profissionais altamente qualificados para o exercício das ações e serviços de saúde nos diferentes campos de trabalho, da investigação, da docência e das atividades sociais; manter forte interação com a sociedade e com os órgãos formadores do Estado; empenhar projetos educacionais e de desenvolvimento do conhecimento para a elevação da qualidade de vida humana e da consciência ética na área da saúde (JEAGER *et al*, 2000). De acordo com o autor, essa formação deve promover agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. Deve expressar, ainda, a produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural e prestação de serviços, principalmente de cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzido nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares.

Nos dias de hoje, apesar da Constituição, em seu Artigo n. 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, esse preceito pouco tem se traduzido plenamente em uma prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação que dispõe o sistema neste momento - Programas e estratégias de aproximação do

ensino com o serviço para orientar o processo de formação e a distribuição dos profissionais, além de não serem suficientes, não têm sido utilizados na sua totalidade (BRASIL, 1988; ALMEIDA; FERRAZ 2008).

Para uma prática que atenda à integralidade necessária nos serviços de saúde, precisa-se exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde, formulando estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não formais que contribuam para a saúde pública a nível individual e coletivo (MACHADO *et al*, 2007).

Um dos questionamentos pertinentes ao processo de implementação do SUS focando na formação dos profissionais na área de saúde é se hoje discutimos que a formação deve estar voltada para os interesses da sociedade e para o SUS, para quais objetivos está orientada a formação dos profissionais de saúde hoje no Brasil? (CECCIM; FEUERWERKER 2004).

Nesse contexto, as atividades práticas dos cursos de saúde visam alinhar teoria e prática às vivências junto ao Sistema Único de Saúde. Estratégias foram lançadas pelo governo para estimular os cursos de graduação a incorporar em seu planejamento as necessidades do sistema e, com isso, aperfeiçoar a formação dos profissionais na área da saúde para melhor atuar no SUS. Avaliações sobre a Integração entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social no Sistema Único de Saúde e a percepção dos profissionais em relação a seus objetivos, e a sua importância para a formação e para o serviço, contribuirão para pensar os planos pedagógicos de estágio e mudanças no projeto político pedagógico dos cursos de graduação de forma articulada com as demandas do SUS.

A promoção da Integração entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social a partir dos cursos de graduação em parceria com a rede de saúde é crucial e tem como objetivo promover uma formação integrada com o serviço público de saúde e com as necessidades da população, como previsto na nossa constituição e reivindicado nos mais diversos espaços de construção e planejamento do SUS. Tal atividade contribui para a ocorrência de Educação Permanente que é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde tem investido em políticas e programas relacionados à mudança na concepção de formação, promovendo a aproximação entre a formação superior e as necessidades do serviço. A inserção dos estudantes no local de trabalho, junto ao

profissional de saúde tem sido essencial para a efetivação de tais estratégias, e a atividade de estágio curricular supervisionado<sup>1</sup> é um dos principais momentos que o curso se mobiliza para garantir essa vivência.

A vivência do estudante na equipe de profissionais do sistema de saúde é crucial para a efetivação da aprendizagem, além do esforço pessoal e insubstituível para a construção do seu conhecimento a articulação e formação em equipe. O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, o SUS, como principal campo de atuação dos profissionais e responsável pela orientação da sua formação, através de seus princípios e diretrizes, nos ajuda a pensar as mudanças necessárias no modelo de formação atual. É imprescindível que a formação esteja articulada com a atual demanda do sistema de saúde para que conceda ao estudante competência técnica para promover rupturas com o atual modelo de atenção visando o melhor funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A presente pesquisa analisou 7 documentos de domínio público do MS que abordam a mudança na formação a fim de compreender que concepções de Estágio curricular supervisionado são produzidas nos documentos do Ministério da Saúde para os cursos de graduação da saúde.

A análise dos documentos visou compreender que concepções de Estágio Curricular Supervisionado são produzidas nos documentos do Ministério da Saúde para os cursos de graduação da saúde e trilhamos um caminho para a construção dessa pesquisa através da literatura buscando como as políticas públicas de saúde influenciam a consolidação da Integração Ensino-Serviço como estratégia de formação dos profissionais para a área da saúde, investigamos a existência de princípios que evidenciem uma proposta pedagógica para os estágios propostos nas políticas e programas que norteiam o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a formação dos profissionais de saúde e por fim caracterizamos programas e ações que objetivam modificações nas graduações em saúde;

No primeiro capítulo apresentamos uma breve exposição da importância da conquista do SUS como Sistema de saúde brasileiro contexto importante para a compreensão de as propostas de formação e a inserção de seus atores no serviço.

---

<sup>1</sup> O termo estágio curricular supervisionado utilizado neste trabalho está de acordo as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de saúde que utilizam esse termo para nomear as atividades de estágio da graduação.

O segundo capítulo se detém em mostrar as principais mudanças no paradigma da formação superior dos profissionais de saúde e as diversas políticas que contribuíram para mudanças nos currículos dos cursos de saúde.

O terceiro capítulo aborda o estágio como ferramenta estratégica para promoção da formação Permanente em saúde, sua importância no processo de formação dos profissionais e nas mudanças institucionais.

O quarto capítulo apresenta as práticas discursivas e o caminho traçado durante a análise dos documentos através da construção dos mapas dialógicos e organização dos repertórios linguísticos. A metodologia da pesquisa foi inspirada no Construcionismo, tendo como referencial teórico-metodológico as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos constituindo um convite ao diálogo com os documentos acerca do estágio obrigatório tendo como território o cotidiano do Sistema Único de Saúde.

Posteriormente, iniciamos o quinto capítulo com a análise e discussão dos repertórios encontrados visando a identificação dos sentidos produzidos pelos documentos que irão auxiliar na construção de uma proposta pedagógica para o estágio nos cursos de saúde, de acordo com os preceitos e necessidades da população e para o fortalecimento dos serviços de saúde.

Em seguidas as considerações finais e documentos complementares.

## **2 A CONQUISTA DO SUS E SEU IMPACTO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Os debates em torno da formação do profissional de saúde ocupam hoje grande espaço na agenda de discussões da política de saúde brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 apontava para a urgência na adequação da formação profissional voltada às necessidades da realidade social (MATTOS, 2006, p.16).

Com base nisto, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como, para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor para mudanças, tanto no campo das práticas de saúde, como no campo da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 44).

A consolidação da saúde no Brasil no século XX abordada por Oliveira (2012, p. 2) se constituiu por meio de rupturas promovidas pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em uma prática política que sistematiza o cuidado com a saúde em prática de saúde urbana. Para tal objetivo o iniciante Estado Republicano - conforme os preceitos do discurso médico-higienista - elege a doença e a sujeira como alguns dos elementos que impediriam a modernização intimamente associados à higienização, despolitização e regeneração moral dos populares e a formação de um cidadão/trabalhador submisso, produtivo e higienizado física e moralmente. A atuação do DNSP caracterizou-se pela ampliação e modernização das campanhas e educação sanitária e dos serviços de saúde ofertados à população brasileira. Essa lógica higienista promoveu uma política de utilização da disciplina como tecnologia de controle sobre os corpos criando instituições de disciplina tais como as oficinas, as fábricas, as prisões e as escolas.

Com a ampliação da industrialização do país na década de 1920 e 1930 as reivindicações por políticas previdenciárias caracterizaram um serviço que atendia a crescente massa de trabalhadores. Nas décadas de 1940 e 1950 se estruturou uma assistência médica centrada em hospitais, tanto estaduais, como universitários, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia com o foco do atendimento na doença e seus aspectos biológicos e individuais. Esse modelo biomédico foi aperfeiçoado no período militar com a expansão do setor privado e consumo de equipamentos e medicamentos. Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual evidenciando os limites da biomedicina. Ainda na década de

1970 estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência prevalecendo as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente sendo a mais difundida proposta de atenção primária à saúde ou medicina comunitária (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

O processo de redemocratização do País só foi possível na década de 1980 com a participação da população, por meio de mobilizações sociais de trabalhadores e estudantes. Com a saúde não foi diferente e o movimento da Reforma Sanitária foi crucial para a conquista de um novo sistema. Foi garantida, constitucionalmente, a defesa de princípios e diretrizes vinculadas à saúde como a execução de políticas sociais e econômicas (que reduzam os riscos de doenças e promovam garantia dos fatores determinantes e condicionantes desse processo como alimentação, moradia, saneamento, lazer, entre outros) (BRASIL, 1990).

O movimento da Reforma Sanitária continha um ideário comum, entre os vários participantes, que se traduzia em: construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; ampliação da consciência sanitária; organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política, tendo no Brasil o sentido de projeto de constituição e reformulação de um campo de saber. Tais estratégias políticas e processos de transformações institucionais culminaram, após três décadas de existência, na conquista do SUS (STOTZ, 2003; FLEURY, 2009).

Impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CSN), contou, pela primeira vez, com participantes de movimento sociais diversos. Participaram cerca de quatro mil pessoas, dentre as quais mil eram delegados. Os principais temas foram: a) A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, c) Financiamento setorial (BRASIL, 1986; BRAVO 2001). As propostas discutidas e aprovadas foram contempladas na constituição de 1988 e nas leis que regulam o funcionamento do SUS no Brasil: Lei nº 8.080/90 (“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”); Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.142/90 (“Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”) (BRASIL, 1990).

Para Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), tais leis funcionam como uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006, p. 17) descrevem o impacto da constitucionalização da saúde para o País:

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

Além das discussões acerca de um sistema de saúde público, gratuito, estatal e de qualidade que garantisse saúde à população (em seu conceito mais amplo levando em consideração os direitos básicos inerentes a todos os cidadãos), a 8ª Conferência também contou com a discussão acerca da formação dos profissionais de saúde. Partindo da premissa de que a saúde possuía: lógica privatista; deficiência na formação de profissionais (tanto a nível técnico, quanto em relação à consciência social); condições de trabalho e de remuneração insatisfatórias, foram realizadas reflexões sobre os desafios que esse novo modelo de saúde provocaria no processo de formação (BRASIL, 1986).

Já havia preocupações das categorias profissionais orientadas para que o atendimento contemplasse a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de forma integral e humanizada. Para isso, seria necessário, trabalhar uma formação de qualidade contemplando os aspectos técnico-científicos, administrativos e políticos (BRASIL, 1986).

Com ampliação do conceito de saúde para além a ausência de doença muitas mudanças ocorreram no tratamento à saúde, porém, na execução do modelo assistencial e na formação dos profissionais ainda está presente a lógica técnico-assistencial, higienista, medico-centrada, procedimento-centrada e curativista com o objetivo de controle do indivíduo e responsabilização do mesmo pela sua saúde (MERHY *et al*, 2004).

Canguilhem (1995) amplia o conceito de saúde e da assistência, e mostra que os conceitos de bem estar físico, psíquico e social definidos de forma genérica não conseguem traduzir a complexidade do processo saúde e doença em nossa prática clínica. De acordo com o autor, deve-se romper com a lógica binária de que saúde é o oposto de doença ou que só existem dois estados possíveis: ou se está doente ou com saúde. Conceitua a saúde como a produção de formas de viver, colocando o sujeito como construtor de normas que no seu cotidiano se traduzem como sua forma de ter saúde. Nesse sentido quando maior a capacidade o indivíduo tem de criar modos de ser, viver e se adaptar ao seu meio em diferentes contextos, mais saúde é produzida:

Se reconhecermos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas a uma situação determinada [...] Ser sadio significa

não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 1995, p. 158).

Porém, na prática dos serviços de saúde enfrentaremos a dificuldade da complexidade desse conceito e a dificuldade de diálogo entre os profissionais, sendo comum haver divergências e certa incompreensão sobre tal conceito. Isso ocorre, porque o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito de contexto para contexto (SCLIAR, 2007).

Acerca do modelo assistencial, Merhy *et al* (2004), afirmam que ainda consideramos os modelos tecno-assistenciais como projetos de grupos sociais, formulados para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção de parte das ações de saúde, realizando-se de forma pura ou incorporando propostas de outros projetos. Esses projetos tecno-assistenciais apoiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que serve e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas expressando dada forma de poder político sobre a saúde do indivíduo que atualmente é expressa pelas políticas públicas nesse caso de saúde que disputam as formas de organização da assistência.

Podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 2004, p. 5).

Com isso, percebe-se que para assegurar uma real mudança na atual concepção de atenção a saúde, se faz necessário à adoção do cuidado como conceito central para as práticas de atenção á saúde levando em consideração a importância da atenção centrada do sujeito e a vigilância às demandas individuais a serem recebidas pelo profissional e pela equipe de saúde. Sobre o direcionamento do modelo assistencial Merhy (2004) afirma que é necessário que

dimensão do cuidado seja o alicerce para qualquer tipo de serviço e que deve combinar a produção de atos cuidadores<sup>2</sup> de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção. Esse é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

A atual política de saúde – direcionada pela política de atenção básica - que norteia tanto a atenção como a formação dos profissionais propõe um rompimento com a lógica curativista e técnico assistencial adotando novos princípios para a atenção a saúde no Brasil, através do fortalecimento da atenção primária, dando ênfase à importância do vínculo e da promoção do cuidado à saúde assim como a estimulação dos planos terapêuticos diferenciados através das mais diversas políticas e estratégias.

---

<sup>2</sup> Merhy (1998) apresenta a discussão de que o conjunto dos trabalhos em Saúde gera um produto - os atos de Saúde – e que esses atos são considerados capazes de intervir no mundo denominado problema de saúde, provocando uma alteração deste em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final.

<sup>3</sup> Lei nº 5.540, de 28 de Novembro de 1968, fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Revogada pela Lei nº 9.394, de 1996, que Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. com exceção do artigo 16, alterado pela Lei nº 9.192, de 1995.

### 3 AS DIRETRIZES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, e as iniciativas comprometidas com os processos de formação no campo da saúde têm, historicamente, procurado articular dois contextos, aparentemente desconectados — universidade e serviços — buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Para garantir um conteúdo mínimo nos cursos de graduação e uma possível homogeneidade na formação destes, em 1960 foi criado o currículo mínimo<sup>3</sup> pelo Conselho Federal de Educação (CFE) que, segundo Soares e Aguiar (2010), foi avaliado pelos cursos de saúde como excessivamente teórico, rígido e inflexível, não atendendo às exigências particulares de cada região, instituição ou curso, bem como às necessidades sociais produzidas pelas desigualdades e peculiaridades do nosso país. Tais características não foram capazes de serem melhoradas com as reformas realizadas nos currículos nas diversas profissões. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde<sup>4</sup> (DCNAS), aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e homologadas pelo Ministério da Educação (MEC), a partir de 2001, surgem como direcionamento construído pelos profissionais, docentes e estudantes organizados, com o intuito de aperfeiçoar e fornecer uma base para garantir aspectos mínimos sinalizados como importantes na formação do profissional de saúde (MATOS, 2006).

Evidenciando essa questão, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), sancionada com base no artigo 22 da Constituição Federal, institui que compete ao governo federal legislar na definição de diretrizes e bases da educação nacional, tendo a autonomia universitária como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior. Tal autonomia confere às universidades: fixar currículos em seus cursos e programas; planificar e programar a pesquisa científica e as

---

<sup>4</sup> As DCNAS foram construídas seguindo orientações estabelecidas pelo CNE: 1- A definição da duração, carga horária e tempo de integralização dos cursos será objeto de um Parecer e/ou uma Resolução específica da Câmara de Educação Superior. 2- As Diretrizes devem contemplar: a- Perfil do formando/egresso/profissional - conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado. b- Competência/habilidades/attitudes. c- Habilitações e ênfases. d- Conteúdos curriculares. e- Organização do curso. f- Estágios e Atividades Complementares. g- Acompanhamento e Avaliação. (BRASÍLIA, 2001)

atividades de extensão; elaborar a programação dos cursos (CURY, 1997; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Portanto, os cursos de saúde estão, desde 2001, se articulando para promover mudanças em suas Propostas Político-Pedagógicas (PPC), a fim de adaptar suas atividades às demandas reais do Sistema Único de Saúde e romper com o modelo fragmentado, conteudista e tecnicista hegemônico das Universidades.

As características indispensáveis para atuar em serviços de saúde do SUS requerem profissionais que sejam humanistas, capazes de trabalhar em equipe e capacitados para atuar com vistas à integralidade da atenção à saúde<sup>5</sup>. Há consenso nas DCNAS sobre a formação generalista, humanista e crítica dos profissionais de saúde contemplando as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS. Porém, o grande problema na formação de todos os profissionais de saúde é o modelo de ensino fragmentado, medicalizante, individualizado e com ênfase tecnicista (ROSSONI; LAMPERT, 2004; SOARES, 2007; COSTA, 2009; SOARES; AGUIAR, 2010; HADDAD, 2010; GEUS, 2011; RECINE *et al*, 2012).

### 3.1 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NA ATUALIDADE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE MODIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENSINO.

A formação de profissionais voltada apenas para o desempenho técnico específico da sua área de atuação, não pode mais ser aceita pelas instituições de ensino superior, cuja preocupação precisa voltar-se para a formação do profissional cidadão, competente técnica e cientificamente, mas, sobretudo, com uma ampla visão da realidade em que vai atuar e com elementos para transformá-la (COSTA, 2009).

O conhecimento de um contexto social, espaço em que se inserem as necessidades de saúde da população, desvela a problemática e a aplicabilidade dos saberes produzido nos espaços institucionais, tendendo a ajudar a reflexão entre o ideal e o possível para a saúde. Assim, para se pensar em transformar as práticas vigentes é preciso se apropriar da realidade concreta das necessidades sociais e de saúde da população (MORAIS *et al*, 2010).

---

<sup>5</sup> A integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica, mas nas condições de vida, de trabalho, culturais, entre outras. (BRASIL, 2004).

Nesse contexto de mudanças na formação Costa (2009) apresenta como crucial a formação dos professores, que tem como característica a fragilidade da formação reconhecida pela legislação em programas de pós-graduação, em que, muitas vezes, não são contemplados conhecimentos específicos para o exercício da docência, seja o domínio de práticas pedagógicas, seja de conhecimentos específicos da área de atuação. Afirma ainda, que o professor passa da experiência passiva como aluno ao comportamento ativo como professor, sem muitas vezes conhecer o sentido educativo, social e epistemológico do conhecimento que transmite, ou faz seus alunos aprenderem, muitas vezes, sem o acompanhamento necessário às necessidades da formação do profissional em questão, ensinando moldes do passado com base no mercado do neoliberalismo.

Enquanto o desafio do professor é romper com os limites da sua própria formação fragmentada e construir relações com outras áreas do conhecimento, abrindo-se para o enfrentamento das modificações estruturais e ideológicas dos antigos currículos (BANDUK; RUIZ-MORENO; BATISTA, 2009; COSTA, 2009), ao centro formador cabe oportunizar aos alunos cenários diversificados de prática na realidade local (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

As dificuldades encontradas são muitas: falta de uma metodologia de aprendizado mais ativa; carência de ações interdisciplinares; carência de abordagens acerca dos princípios, diretrizes e conceitos relacionados ao Sistema Único de Saúde; contatos com a área de atuação apenas no final do curso; falta de ações que exercitem a integralidade nas ações de educação e nas relações entre a teoria e a prática, fazem com que a habitual abordagem biologicista da atuação profissional seja a mais produzida pelo estudante (MORAIS, 2010; PINHEIRO *et al*, 2012).

Uma das principais estratégias, atualmente, para a formação em saúde está na estratégia de Integração Ensino-Serviço, que faz parte da Política Nacional de Educação Permanente<sup>6</sup> em Saúde, do Ministério da Saúde<sup>7</sup>. De acordo com Albuquerque *et al* (2008), entende-se por Integração Ensino-Serviço trabalho coletivo, pactuado e integrado por estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que

---

<sup>6</sup> As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

<sup>7</sup> A Política nacional de educação permanente foi criada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A criação da SGTES, em 2003, marcou valorizar a importância de uma gestão competente de recursos humanos na área da Saúde. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. A essa secretaria compete promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 2013).

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 da satisfação dos trabalhadores dos serviços.

O autor afirma ainda que não é raro observar docentes mais envolvidos com atividades de pesquisa, colocando em segundo plano a prestação de cuidados, o que os distancia das situações práticas do cotidiano do SUS e os tornam teóricos ineficientes na rotina dos serviços de saúde. Em contrapartida, os profissionais dos serviços, muitas vezes, se envolvem de forma profunda com as atividades rotineiras do cotidiano de trabalho, deixando de lado a educação permanente e, por consequência, tornam-se profissionais pouco atualizados (ALBUQUERQUE *et al*, 2008).

As ideias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes em nossa sociedade: “São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS comprometendo a todo o momento o processo de consolidação do SUS” (FEUERWERKER, 2005, p. 491). Com isso, os profissionais do sistema (que tem como responsabilidade inerente a seu ofício atuar na formação dos profissionais de saúde através da supervisão de estágio e na coordenação de programas que promovem a interação entre ensino e serviço), também enfrentam o despreparo teórico e prático para atuarem como docentes nos serviços de saúde. Além disso, muitos deles têm sua prática profissional ancorada na formação acadêmica baseada no currículo mínimo – uma formação fragmentada, tecnicista, curativista, centrada no procedimento e pouco engajada com a promoção ampla do cuidado – fato que acaba influenciando a sua contribuição na formação dos novos profissionais perpetuando esse tipo de atuação profissional na rede de atenção a saúde do SUS (SOARES; AGUIAR, 2010).

A atenção básica de saúde tem se destacado como porta de entrada do funcionamento do SUS e local de formação para os profissionais de saúde de nível superior e técnico. Diferente do referido na história da formação profissional em saúde, que tinha como referência principal os hospitais-escolas, a proposta de integrar uma equipe multiprofissional do SUS necessita de uma formação mais humanizada (BRASIL, 2012).

Porém, a atenção básica em saúde por estimular uma prática clínica<sup>8</sup> voltada para o uso de tecnologias leves - prevenção e acompanhamento cotidiano das famílias, uma prática

---

<sup>8</sup> De acordo com Merhy, o trabalhador, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa

profissional baseada em ações de cuidado da equipe de saúde sem utilização massiva de tecnologias avançadas - é considerada menos importante que os demais níveis de atenção, indo de encontro com a proposta inicial de manter-se articulada com os demais níveis de atenção a fim de promover uma atenção integral à saúde. Segundo Silva Junior (2007), apesar de seus princípios inovadores para a melhoria da atenção em saúde, esse modelo carrega consigo ainda um engessamento e burocratização que impede uma real modificação principalmente da prática clínica dos profissionais e o atendimento integral a saúde:

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa ideia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (SILVA JUNIOR, 2007, p. 5).

Atualmente o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido pautado nas mais diversas discussões sobre modelo assistencial, visualizando um modelo mais integrado para a saúde que se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento (BRASIL, 2010). Porém, mesmo com a melhoria através de resoluções e programas no modelo de atendimento e no funcionamento dos serviços de saúde, é essencial que os profissionais sejam preparados, durante sua formação acadêmica, para se inserir no SUS e provocarem rupturas com as práticas historicamente perpetuadas.

As relações entre os profissionais e usuários são importantes para o sucesso das intervenções feitas pela equipe. O usuário geralmente reclama da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (MERHY, 1998). É indispensável que a atuação dos trabalhadores produza atos cuidadores de maneira eficaz e com conquistas dos resultados, porém, nem sempre esse objetivo é alcançado como desejado, pois, tal ação pode ser procedimento-centrada ou

---

formada por “tecnologias leveduras”; finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato. (MERHY, 1998)

paciente-centrada que se refere na execução do procedimento apenas ou a um atendimento mais amplo onde o paciente tem suas necessidades/direitos satisfeitos. De acordo com Merhy (1998), espera-se que os atos de saúde realizados pelos profissionais sejam capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final.

Para isso, a constante reflexão acerca do conceito de saúde e a percepção da importância dos atos de cuidado em saúde por parte dos profissionais são importantes, para agregar significado as constantes mudanças determinadas pelos programas e estratégias do Ministério da Saúde. Também, contribuirá para que a interação entre o ensino e os serviços de saúde tenha impacto nas mudanças necessárias para a formação.

De acordo com as diretrizes para a organização das RAS, trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, “há necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões tendo como principal interesse em disputa os interesses dos cidadãos assistidos pelo sistema de saúde.” (BRASIL, 2010).

É indispensável que haja coerência entre a formação, as exigências esperadas de atuação profissional e a necessidade de democratização da participação e dos acessos da sociedade aos direitos a educação e a saúde. Portanto, a qualidade da formação não pode responder apenas às dimensões do aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver. Deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde. A formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários dessas relações de modo responsável e comprometido (CARVALHO, 2001).

Logo, o que se espera é uma nova relação com o trabalho, principalmente com o trabalho vivo em ato que depende da ação dos profissionais e irá dar vida as demais tecnologias disponíveis para a produção de saúde. Com tal mudança no modo de operar e construir o Sistema, tal ação repercutirá nos processos de interação entre ensino (discentes/docentes) e serviço (profissionais/usuários) de modo a ampliar as possibilidades de produção de formação em saúde, possibilitando uma possível mudança nas organizações tanto do serviço como das instituições de ensino superior com relação ao planejamento dos projetos pedagógicos dos cursos.

#### **4 O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

O estágio curricular é parte obrigatória dos currículos do curso de saúde no processo de formação superior. O estágio obrigatório é aquele inerente aos projetos pedagógicos do curso que contem carga horária exigidos dos estudantes para obtenção de diploma de graduação. Além deste, existem outras atividades práticas que são consideradas na carga horária do curso, porém, não são obrigatórias (BRASIL, 2008). De acordo com definição da lei de estágios brasileira (Lei federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 que dispõe sobre o estágio de estudantes):

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (BRASIL, 2008).

Com o advento das diretrizes curriculares, princípios foram estabelecidos para o norteamento da construção dos currículos acadêmicos. No entanto, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), no artigo 53º, atribui às universidades “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (BRASIL, 1996). Ou seja, confere autonomia para que a construção orgânica dos Projetos Políticos Pedagógicos fique a cargo das instituições formadoras. A lei de estágios em seu artigo terceiro reafirma tal flexibilização ao garantir que: “As atividades de extensão, de monitorias e de iniciação científica na educação superior, desenvolvidas pelo estudante, somente poderão ser equiparadas ao estágio em caso de previsão no projeto pedagógico do curso.” (BRASIL, 2008).

Werneck (2010) discute a atividade de estágio exaltando a importância da definição desse termo visto que várias atividades são intituladas como estágio tendo diferentes práticas e metodologias, dificultando a categorização das mesmas. Afirma que “a vivência das práticas e políticas em saúde pública e a realidade do mundo do trabalho não se concretizam somente por meio da mudança de espaço escolar” (2010, p. 223). Além disso, várias atividades que não se configuram como atividades de estágios são realizadas como tal, abrindo precedente para que toda atividade de prestação de serviço seja considerada estágio sem levar em consideração a importância da Integração Ensino-Serviço. Sobre outras

atividades práticas, como atividades de extensão, que são consideradas estágio no currículo dos cursos o autor enfatiza:

Não é possível, por meio de tais experiências esporádicas, se estabelecer o compromisso social, já que não se estabelecem vínculos sólidos e o envolvimento é de pequena duração. Não há tempo para acontecer uma efetiva participação na política de saúde municipal ou mesmo para compreender os mecanismos de funcionamento, financiamento e operacionalização das unidades de saúde. Não há tempo para o aluno viver a experiência de estabelecer o diagnóstico da situação vigente, levantar problemas, planejar, executar e avaliar. É uma experiência rica, porém fragmentada e pontual, na qual o aluno sequer pode identificar suas próprias limitações, a não ser no campo clínico (WERNECK, 2010, p. 225).

Portanto, é importante que nos diversos cursos da saúde sejam amplamente discutidos e avaliados os processos de mudança na formação que tem sido caracterizados nos principais documentos do SUS. Pois, apesar das diretrizes e normatizações, os planejamentos dos cursos ainda são construídos fortemente ligados às concepções dos atores que participam da construção dos mesmos, geralmente centrada nos docentes, deixando de fora deste processo a comunidade acadêmica como um todo. Há pouca articulação orgânica com o sistema de saúde, como afirma Correia (2009) há um descompasso entre a formação e as necessidades atuais do sistema:

Os processos formativos sofrem influências ideológicas e são palcos de contradições que precisam ser identificadas e elucidadas. As contradições entre o discurso hegemônico do ensino e a prática profissional aprofundam-se na medida em que o Estado redefine as prioridades de atenção à saúde e a sociedade reclama um novo perfil profissional que, necessariamente, não é o forjado no paradigma atual (CORREIA, 2009, p. 8).

O Ministério da Saúde tem investido em políticas e programas relacionados a mudanças na concepção de formação e vem tentando induzir a aproximação entre a formação superior e as necessidades dos serviços. A inserção dos estudantes nos cenários de práticas, junto ao profissional de saúde tem sido essencial para a efetivação de tais estratégias, e a atividade de estágio obrigatório é o momento onde o curso se mobiliza para garantir essa vivência. Por isso, na maioria dos cursos de saúde, o contato do estudante com os cenários de prática se dá apenas no último ano de curso com o intuito de prepará-lo para o mercado de trabalho, ou seja, o trabalho no SUS (WERNECK, 2010).

Atualmente, o SUS se configura como principal referência para a construção de projetos de atuação e de propostas pedagógicas para a formação dos profissionais de saúde. Os princípios e diretrizes que norteiam a construção e a consolidação de um sistema de saúde público, gratuito, estatal e de qualidade, deve ser a base para se construir modos articulados de atenção, gestão e ensino em saúde (CECCIM *et al*, 2002).

Em análise dos documentos do SUS para compreender a relação dos mesmos com as mudanças na formação Ceccim *et al* (2002) destacam o Artigo n. 27º da LOS, 1990 que apresenta os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa. São locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão/formação e formação/gestão no âmbito direto do SUS reforçando o caráter de indutor da formação e de aperfeiçoamento dos profissionais concretizado como responsabilidade do SUS de orientar a formação dos profissionais de saúde.

Dentre as estratégias que o MS lançou mão para intervir na formação superior em saúde, a Educação Permanente em Saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, também insere o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nesse contexto, Ceccim e Feuerwerker, (2004b) ao debaterem sobre o quadrilátero<sup>9</sup> para a formação em saúde destacam a necessidade de cooperação entre as entidades formadoras e o sistema de saúde com o objetivo de promover a ampliação da clínica, trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares, metodologias ativas de ensino-aprendizagem e metodologias de avaliação da educação permanente. Além disso, os autores defendem que a formação seja planejada pelos mesmos atores, uma vez que a formação é direcionada para o SUS. Visto isso, seria necessário agregar desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. Esse pensamento contribui para que possamos pensar sobre o estágio quando coloca qual seria o papel do quadrilátero no processo de formação buscando aproveitar os componentes da realidade dos serviços na constituição da formação:

O *serviço* não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor; *comunidade* como algo diferente da interação com a população, pela introdução da noção de relevância e responsabilidade social do ensino; a formação como um direito social e dever do Estado; o *ensino*, além do reconhecimento dos dirigentes e docentes como atores das instituições formadoras, destaca-se a articulação com o movimento estudantil, como ator político diferente das instituições formadoras (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 46-47).

---

<sup>9</sup> Ceccim e Feuerwerker (2004b) definem o quadrilátero para a formação em saúde como integração *ensino-serviço-gestão-controle social* e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.

Com base em princípios norteadores referenciados no sistema de saúde vigente, Correia (2009) destaca o descompasso entre o objetivo de algumas disciplinas que relacionam seu conteúdo com o atendimento das necessidades das políticas de saúde, em relação à prática. As exigências feitas aos estagiários são no âmbito técnico, muitas vezes desligado daquilo que foi abordado nas disciplinas:

Ao promover a vivência dos alunos no dia-a-dia profissional os estágios fornecem oportunidades para que os próprios alunos construam uma articulação entre as necessidades dos serviços e as exigências da academia, contudo, não os alerta para essa realidade, limitando-se apenas ao fornecimento de competências profissionais abrangentes (CORREIA, 2009, p. 10).

Para pensar mudanças significativas no modelo de educação, fazemos um diálogo com a concepção de educação libertadora de Paulo Freire, que desconsidera a educação bancária que transforma o homem em “vasilhas” ou “recipientes” vazios que serão preenchidos pelo conhecimento dos que julgam educar. Sobre a necessidade de uma educação libertadora e de reflexão para a práxis Paulo Freire afirma que:

Ao defendermos um permanente esforço de reflexão dos oprimidos sobre suas condições concretas, não estamos pretendendo um jogo divertido em nível puramente intelectual. Estamos convencidos, pelo contrário, de que a reflexão, se realmente reflexão, conduz à prática. Por outro lado, se o momento já é o da ação, esta se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica. Neste sentido, é que a práxis constitui a razão nova da consciência oprimida e que a revolução, que inaugura o momento histórico desta razão, não possa encontrar viabilidade fora dos níveis da consciência oprimida. A não ser assim, a ação é puro ativismo (FREIRE, 1987, p. 29).

A vivência do estudante na equipe de profissionais do sistema é crucial para a efetivação da aprendizagem, além do esforço pessoal e insubstituível para a construção do seu conhecimento a articulação e formação em equipe são cruciais. Segundo Demo (2010, p. 269) “aprender a escutar atentamente, pensar criticamente, participar construtivamente e colaborar produtivamente para resolver problemas são componentes vitais de uma educação para a cidadania do século XXI”. Para o autor, a simples transmissão de conhecimento pelo professor não é eficiente para o processo de aprendizagem, é preciso que haja um trabalho em equipe e a participação construtiva do aluno na realidade sendo necessário haver “interdependência de todos no grupo, e a responsabilidade individual”. Algumas características são necessárias para uma aprendizagem colaborativa<sup>10</sup> apresentada por Demo

---

<sup>10</sup> Em seu artigo “aprender em equipe” Pedro Demo apresenta o conceito de aprendizagem colaborativa de Matthews, afirmando que a aprendizagem colaborativa ocorre quando os estudantes e os professores trabalham juntos para criar conhecimento... É uma pedagogia que tem seu centro na assunção de que as pessoas constroem significação juntas e que o processo as enriquece e amplia, tal conceito reage à noção de que conhecimento existiria em algum lugar lá fora, pronto para ser absorvido, colocando no lugar a face socialmente construída do

(2010):

De um ponto de vista mais genérico, a aprendizagem colaborativa implica pelo menos três componentes: i) desenho intencional, ou seja, todo trabalho de grupo supõe objetivos individuais e, sobretudo coletivos bem arquitetados, não podendo jamais ser reduzido a um convívio animado ou desanimado; ii) espera-se engajamento ativo dos membros, tendo em vista tratar-se de obra comum, ou seja, no caso da produção de texto, de um texto tecido a muitas mãos, por mais que a elaboração implique que exista um escriba em nome de todos; iii) a aprendizagem deve ser a mais significativa possível, o que supõe no grupo intensa pesquisa, argumentação e contra argumentação, confronto civilizado de pontos de vista bem fundamentados, superação do mero senso comum, simples opinião, alegação solta, informação aérea (DEMO, 2010, p. 269).

O trabalho em equipe é essencial para a garantia do atendimento integral ao indivíduo no SUS e, durante a formação, esse preceito não deve ser negligenciado. Além de contribuir com a melhoria do aprendizado, prepara para que as diversas profissões consigam trabalhar seu conhecimento específico em parceria com os demais visando sempre a resolutividade das ações e demandas apresentadas pelos usuários do serviço. Sobre isso Bergamim (2013) caracteriza como deve ser o funcionamento de uma equipe integrada:

As principais características de uma equipe integrada consistem em flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados; questionar a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; descentralizar a tomada de decisão nas equipes e no serviço, favorecendo o partilhar de decisões sobre questões relacionadas à dinâmica de trabalho; exercer a autonomia profissional, tomando, em consideração, a interdependência das diversas áreas profissionais; e construir um projeto assistencial comum (BERGAMIM, 2013, p. 135).

Adotar o eixo da integralidade do SUS é uma proposta para pensar a atenção à saúde e à formação superior, por ser uma das diretrizes básicas do sistema de saúde e traduzir em seu conceito as principais necessidades de mudanças nos serviços de saúde e nas demandas para a formação em saúde. Programas como o AprenderSUS enfatizam a necessidade de utilização da integralidade como eixo para mudanças na formação levando em consideração que “a integralidade pressupõe práticas inovadas em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde” (BRASIL, 2004, p. 8). Pode ser utilizada como uma das referências na construção do currículo e das práticas executadas nos estágios na rede de saúde. De acordo com Mattos 2001:

---

conhecimento. E cita Bruffee, considerado o defensor mais entusiasta da aprendizagem colaborativa, que acentua o conhecimento como algo que as pessoas constroem falando juntas e alcançando acordos. (DEMO, 2010).

Diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 41).

Com isso, concluímos que, de acordo com as legislações, políticas e estratégias do SUS, há um esforço em promover modificações no modelo de formação em saúde principalmente na relação entre as entidades formadoras e o serviço de saúde que tem como responsabilidade a formação dos profissionais para o SUS. As atividades práticas e de estágio se configuram hoje como o principal elo entre formação e serviço e se propõem a preparar o estudante para a prática profissional através da convivência com a realidade e os atores do serviço de saúde. Por isso, os documentos que norteiam a consolidação do SUS desde sua conquista nos fornecem argumentos para a construção de propostas pedagógicas e princípios na busca por um modelo de formação mais coerente com as necessidades da população.

## 5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico utilizado é o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, M, 2004), constituindo um convite ao diálogo com os documentos do Ministério da Saúde acerca do Estágio Curricular Supervisionado tendo como território o cotidiano do Sistema Único de Saúde.

De acordo com SPINK (2003), o campo não é um lugar empírico, estático, distante, separado onde vamos apenas buscar informações. É um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador, não é criado voluntariamente e sim debatido, negociado e arguido. Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos “indo” ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema (SPINK, 2003, p. 36).

Usar documentos de domínio público é um excelente caminho para compreensão da gradativa emergência, consolidação e reformulações dos saberes e fazeres, [...] identificação de conflitos e diálogos diferentes que refletem a processualidade das práticas discursivas (SPINK, 1999). Os lugares assim como as conversas fazem parte do campo-tema e os blocos de anotações, os gravadores, o ônibus, a padaria, a universidade, os jornais, o rádio, os documentos, os achados e artefatos são, como materialidades, também partes das conversas (SPINK, 2003, p. 29).

A metodologia da pesquisa é inspirada no Construcionismo que na produção de conhecimento apresenta postura dinâmica, desnaturalizante, desessencializadora que radicaliza ao máximo a natureza social do nosso mundo vivido e a historicidade de nossas práticas. Propõe que o que tomamos como objetos naturais são objetivações decorrentes de nossas construções, de nossas práticas (SPINK, M, 2004).

A perspectiva “Construcionista” é complexa e com nuances que devem ser observadas e levadas em conta, por isso não se pode fornecer uma única definição de “construcionismo social”. Alguns elementos podem ser destacados como princípios da perspectiva construcionista, são eles: o antiessencialismo; o relativismo/antirrealismo; o questionamento das verdades geralmente aceitas; determinação cultural e a historicidade do conhecimento; a linguagem e sua capacidade performativa<sup>11</sup>; o conhecimento como uma

---

<sup>11</sup> Nas mudanças sobre o estudo da linguagem em uso e sua capacidade performática Austin questiona o caminho e a supremacia do positivismo lógico no estudo da linguagem e introduzir de maneira definitiva os conceitos de performativo, ilocucionário e de atos de fala, sendo assim um desconstrutor da filosofia tradicional e da linguística tradicional afirmando que praticamos ação através do enunciado e que é impossível a cisão entre o objeto de estudo e o sujeito, a fala. (OTONNI, 2002).

produção social; construção social que influenciam práticas sociais e que são influenciadas pelas já construídas (IÑIGUEZ, 2004).

Em relação aos métodos de pesquisa Spink e Menegon (2004) abordam o uso da linguagem como prática social<sup>12</sup> e construção do conhecimento. Para as autoras tanto as atividades rotineiras do cotidiano como o fazer ciência produzem sentidos sobre eventos do mundo. Elas complementam que “a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas” (2004, p. 76).

O Contrucionismo aponta que somos produtos de nossas épocas e de nossos contextos sociais e nos convida a examinar as convenções e entendê-las como regras socialmente situadas. Uma vez que são construídas socialmente são, também, passíveis de mudanças. Com isso, sugere a superação das amarras metodológicas do positivismo<sup>13</sup> levando em conta princípios que nos ajudem a debater essa realidade mutável através da interpretação e especificidade dos fatos, processualidades dos fenômenos sociais e maior reflexão sobre o papel do pesquisador e do pesquisado na construção do conhecimento (SPINK, M, 2004).

Por isso, para melhor compreender a perspectiva construcionista são necessárias algumas reflexões acerca do objetivo de se fazer pesquisa, sendo importante a abertura de pontos de interlocução entre os saberes, excluir as amarras que podam o diálogo e questionar: isso me faz pensar? Até onde um fenômeno político ou ético é inevitável? Que efeitos esse fenômeno produz? Somos responsáveis, como pesquisadores, pelas mudanças necessárias e possíveis?

---

<sup>12</sup> No uso das práticas discursivas, a linguagem em uso é tomada como prática social e isso implica trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo) e as condições de produção partindo do pressuposto que os conteúdos associam-se de uma forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos. (SPINK, 2010).

<sup>13</sup> A Filosofia de Descartes deixou para a Ciência Moderna grandes preceitos utilizados para descobrir verdades ou certezas sobre o mundo e sobre a realidade. A primeira delas é a noção do ser pensante “Eu penso, logo existo”. Em segundo lugar o atual dualismo entre matéria e mente que perpassa hoje as principais teorias psicológicas contemporâneas. Na cisão entre pensamento e mundo, a linguagem passa a ser a mediação necessária entre essas duas instâncias e há a priorização do discurso mental: da representação mental sobre a representação linguística. (SPINK, M, 2004).

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa consistiu em análise de documentos de domínio público do Ministério da Saúde, das políticas e programas que norteiam os serviços de saúde e as atividades de formação, responsáveis por estimular atividades de interação entre o ensino e o serviço.

A questão central buscou organizar os documentos a fim de conhecer as concepções de Estágio Curricular Supervisionado dos cursos de graduação da saúde, produzidas nos documentos. O critério utilizado para a escolha dos documentos foi: a) Documentos que normatizam e direcionam o Sistema Único de Saúde; b) que são referências nas Instituições de Ensino Superior (IES) para a formação dos profissionais; c) Programas que objetivam fomentar a reorientação da formação dos profissionais de saúde como mostra o Quadro 1. Os documentos foram analisados na íntegra e organizados em Mapas Dialógicos (SPINK, M, 2013).

Quadro1: Documentos do ministério da saúde que normatizam e direcionam o SUS e a formação dos profissionais

1	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP)
2	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
3	Política Nacional de Humanização (PNH)
4	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
5	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde);
6	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS);
7	AprenderSUS

Fonte: Santana, 2014.

### 6.1 ELABORAÇÃO DOS MAPAS DIALÓGICOS

Mapas Dialógicos são estratégias de visualização que facilitam a organização dos sentidos produzidos a partir dos documentos. De acordo com SPINK, M (2013), o mapa é uma estratégia utilizada com a finalidade de oferecer visibilidade ao processo de interpretação na pesquisa que, além organizar o diálogo, confere maior rigor na análise dos dados. A explicitação dos passos na análise e da interpretação é essencial para conferir maior rigor à pesquisa.

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (SPINK, M, 2013, p. 84).

A partir dos diálogos sistematizados por meio dos Mapas, serão organizadas categorias pertinentes ao objetivo da pesquisa: “A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa.” (SPINK, M, 2013, p. 84).

A exemplo dos diálogos travados em tantos outros domínios de nossas vidas, buscamos, em nossas pesquisas, entender esses eventos à luz de categorias, hipóteses e informações contextuais variadas. A interpretação emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação (SPINK, M, 2013, p. 82).

As categorias podem ser criadas à medida que o documento indique questões a serem incorporadas que contribuam direta ou indiretamente na discussão sobre estágio, e que durante o processo de análise tenha aproximação com os objetivos da pesquisa. Para esta pesquisa, de acordo com seus objetivos, foram elencadas inicialmente quatro categorias<sup>14</sup>.

Ao iniciarmos a leitura dos documentos houve a necessidade de dividir as categorias previamente estipuladas em outras categorias ou subcategorias, de acordo com o conteúdo presente nos textos. As categorias representam questões centrais para identificar a proposta pedagógica do estágio, e questões que são planos de fundo para a discussão e compreensão das propostas presentes nos textos que tocam diretamente na questão do estágio.

Foram utilizadas 6 categorias/subcategorias de temas diversos com a finalidade de distribuir todo o conteúdo dos documentos, foram elas: 1) Construção do SUS, que teve como subcategorias a) Importância das políticas para o SUS, b) Princípios e valores, c) Papel das IES na construção do SUS, d) Atual modelo de formação em saúde, e) SUS como local de formação; Estratégias de ensino; Interação ensino-serviço-comunidade; Educação permanente em saúde; Estágio ; Atribuições dos profissionais da rede de saúde.

Uma sexta categoria denominada outros foi criada para os recortes de texto que não se referiam de forma alguma ao tema formação e estágio, são texto informativos, endereços, normatizações sobre financiamento e normas operacionais.

---

<sup>14</sup> As quatro categorias iniciais elencadas foram: “Princípios que norteiam o Estágio curricular supervisionado”, “definição de Estágio curricular supervisionado”, “operacionalização do Estágio curricular supervisionado”, “articulações entre a Integração Ensino-Serviço e Estágio curricular supervisionado”

O texto na íntegra dos 7 documentos foram distribuídos nas categorias o qual se referiam construindo os mapas que posteriormente auxiliaram na identificação dos Repertórios Linguísticos.

Os mapas foram construídos no programa de edição de textos (Word) utilizando o recurso da tabela para listar os documentos a serem analisados e colunas correspondentes aos números de categorias a serem utilizadas, como mostra o exemplo disponibilizado no Apêndice A. A tabela foi configurada com orientação paisagem, espaço simples, fonte Times New Roman tamanho 10. Disponibilizamos os conteúdos dos documentos na íntegra na coluna correspondente a categoria que cada recorte do texto aborda, facilitando posteriormente a identificação dos repertórios linguísticos utilizados para cada um dos temas abordados nas categorias. Segue em Apêndice A um modelo de mapa utilizado. Eventualmente o texto migrava de uma categoria à outra a medida que a leitura explicitava sentidos que se relacionavam.

## 6.2 ELABORAÇÃO DOS REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS

Os Mapas Dialógicos são estratégias de organização e visualização do diálogo produzido pelos documentos. Após a conclusão dos Mapas, foram identificados os repertórios linguísticos, componentes fundamentais para o estudo das práticas discursivas. Constituem as principais unidades de construção das práticas discursivas, isto é, são os termos, descrições e figuras de linguagem que delineiam as construções discursivas, tendo em vista o contexto de sua produção (ROSA; TURETA; BRITO 2006).

As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os *enunciados* orientados por *vozes*; as formas, que são os *speech genres*<sup>15</sup>; e os conteúdos, que são os repertórios linguísticos (SPINK, M, 2013).

A partir dos diálogos produzidos nos mapas identificamos os repertórios linguísticos que proporcionaram a interpretação dos diálogos com base nas expressões, palavras, frases e *speech genres* utilizados para falar sobre o estágio e sobre a formação nos vários documentos analisados, esclarecendo sobre as categorias analisadas e organizadas

---

<sup>15</sup> Segundo Bakhtin (1995), os *speech genres* ou *gêneros de fala*, são as formas mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e o(s) interlocutor(es). (SPINK, M, 2013). Os *Gêneros de Fala* aplicam-se tanto a essas pequenas comunicações do dia-a-dia, como às formas de falar próprias às diferentes práticas profissionais (SPINK, 2004).

previamente nos mapas. Os repertórios linguísticos são os termos, os conceitos, os lugares comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos que são aprendidos pela forma variada o qual circulam na linguagem cotidiana, filmes, livros etc (SPINK, M, 2004 p, 32).

Os repertórios foram retirados dos mapas dos 7 documentos elencados para análise na pesquisa e distribuídos em uma nova tabela de acordo com as categorias construídas. A categoria outros foi descartada da etapa de identificação dos repertórios linguísticos uma vez que continha textos que não tratavam do tema pesquisado.

As colunas de cada categoria foram isoladas e, dos diálogos presentes, foram identificadas palavras, expressões, figuras de linguagem e frases que produziam formas de se falar do tema abordado pela categoria. Todas as palavras foram organizadas e separadas por ponto e vírgula (Apêndice B). Foram retiradas todas as palavras que se repetiam ao longo das colunas, mantendo a organização anterior em tabela separado por colunas em suas respectivas categorias como podemos ver no Apêndice C.

Para melhor visualização dos sentidos produzidos, as palavras foram organizadas em extenso e separadas em sentidos. Todas as palavras que construíam sentidos articulados foram agrupadas por cores diferentes a fim de auxiliar na visualização do repertórios que demonstravam tal articulação. A partir desses sentidos, produzidos pelos grupos de palavras identificados, foi construída a discussão tendo como norte o objetivo da pesquisa que é identificar que concepções de Estágio Curricular Supervisionado são produzidas nos documentos do Ministério da Saúde para os cursos de graduação da saúde.

## **7 RESULTADOS, DISCUSSÃO E ANÁLISE.**

Para a discussão desse trabalho serão abordadas todas as categorias elencadas na construção dos mapas por entender que elas atravessam o objetivo da pesquisa e contribuem para o entendimento da proposta de reorientação da formação abordada pelos documentos do Ministério da saúde. Devido ao volume de informações produzidas e organizadas pelos mapas e o tempo exíguo para a conclusão dessa pesquisa, fora enfatizadas duas categorias que melhor dialogaram com o objetivo da pesquisa: estratégias de ensino e estágio.

Essas duas categorias sinalizam de forma direta o foco da pesquisa que é compreender que concepções de Estágio Curricular Supervisionado são produzidas nos documentos do Ministério da Saúde para os cursos de graduação da saúde, que tem como principal campo de estágio os cenários do SUS.

### **7.1 CONSTRUÇÃO DO SUS - O QUE ESTAMOS CONSTRUINDO MESMO?**

Nessa categoria foram analisadas: a importância dos documentos para a saúde pública; a justificativa de sua importância na construção do Sistema Único de Saúde e os apontamentos no qual se embasam enquanto política do Ministério da Saúde.

As políticas públicas são construídas tendo em vista o atendimento de demandas da população, que necessita de norteamentos para que o cotidiano das práticas auxilie seu atendimento. São diretrizes norteadoras e documentos de referência que se baseiam em princípios gerais já existentes, como é o caso dos documentos em questão, que propõe direcionamentos e mudanças em práticas de gestão e formação no SUS baseados nos princípios, diretrizes e documentos norteadores do Ministério da Saúde construídos anteriormente como a Lei n. 8.080/90, a Constituição Federal de 1988 entre outros.

Com base nisso separamos subcategorias que representam os sentidos pelo qual os documentos se sustentam para falar sobre sua importância para a construção e consolidação do SUS, os princípios e valores que as impulsionam, as observações sobre o atual modelo de formação em saúde que elas problematizam e a discussão sobre a importância do SUS como local de formação.

### 7.1.1 Importância das políticas para o SUS

*"Se a gente falasse mais, talvez compreendesse mais!" (Corruptela de música de Luís Melodia).*

Os sentidos que surgiram na categoria que busca explorar partes dos textos que apresentam as políticas dos documentos analisados, embasando a proposta que as mesmas trazem para o Sistema Único de Saúde foram sobre: a) a necessidade de pautar mais o SUS nas políticas que norteiam o sistema e a formação; e b) objetivo de ruptura com antigos modelos de gestão da saúde.

As frases “a gente precisa falar mais de SUS” e saúde “mais próximo da vida das pessoas” foram expressões que chamaram atenção e explicitam a importância do SUS para a sociedade e a importância das políticas no fortalecimento desse sistema. Apontam, também, a necessidade de mudanças a fim de criar um “contexto de formação mais favorável às transformações nas práticas de saúde e de educação, que são complexas e profundas” (BRASIL, 2004).

A política que incentiva os setores envolvidos com a saúde a pautar o SUS é um ponto importante a ser discutido desde a formação, uma vez que, apesar de ser instituído como um direito constitucional e dever do estado garantir saúde como direito de todos, “os desafios a serem superados para a plena consolidação do SUS são uma realidade para a sociedade brasileira” (BRASIL, 2009). O SUS é o maior responsável pela tarefa de ofertar serviços de saúde humanizados, integrais e de qualidade a todos os brasileiros. É uma atuação que vai de encontro com os interesses do mercado para com a saúde, como destaca o próprio Ministério da Saúde:

O SUS é uma política social contra hegemônica que resiste aos golpes permanentes aplicados pelos que preferem o tratamento da doença como mercadoria, assim como a redução do papel do Estado nas políticas sociais. A saúde é intensamente desejada pelo mercado como fonte inesgotável de lucros, e nesse sentido destaca-se a expressiva mobilização da sociedade, dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde, além do grande contingente de movimentos sociais que, incansavelmente, atuam em defesa do SUS, impedindo retrocessos e contribuindo para a sua consolidação (BRASIL, 2009).

Os desafios enfrentados pelo SUS para sua consolidação estão intimamente relacionados com uma política de estado que vem de encontro com a proposta revolucionária que é o projeto de saúde defendido pelo movimento da reforma sanitária e que deu origem ao SUS. Política essa que prioriza o sistema financeiro, o mercado e que tem pouco

compromisso com as políticas públicas que visam garantir os direitos básicos dos cidadãos. O SUS, nesse contexto, é um conjunto de atores sociais e institucionais que vem se desenvolvendo na contramão dessas políticas controversas, hoje responsáveis pelas maiores causas das dificuldades à sua implantação e que deverão ser superadas pela própria sociedade. (BRASIL, 2003). Sergio Arouca<sup>16</sup> explica o quanto a reforma sanitária brasileira aponta para mudanças estruturais que vão além dos serviços de saúde:

A Reforma Sanitária Brasileira não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a democracia direta, o controle social, a universalização de direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório (BRASIL, 2010, p. 64).

O repertório com palavras como lutas governamentais; lutas institucionais; lutas populares reafirma a legitimidade do SUS como uma conquista democrática que se deu por lutas populares essenciais para o processo de consolidação do SUS. É o reconhecimento da importância do movimento da reforma sanitária e da participação popular na transformação da saúde e na conquista desse sistema único no mundo, que resiste até hoje através das lutas dos atores que contribuem para a consolidação das políticas de saúde.

Podemos ler nesse recorte do documento da PNH sobre formação-intervenção o sentimento de pertencimento de quem constrói as políticas, como movimentos ético-políticos dentro do cenário que estamos vivenciando:

Movimento que se inventou enquanto estratégia de combate das forças que se opõem aos desmanches do SUS, movimento que aglutina, que compõe um coletivo cujo comum é a defesa incondicional da força que faz a vida escapar do controle insidioso do poder onde quer que ele se manifeste nos tempos contemporâneos. Nestes tempos em que o poder tomou de assalto a vida (vivemos sob o regime do biopoder), pertencer a uma grupalidade tal como esta da PNH, a um projeto coletivo que nos inclui e nos ultrapassa por nos conectar com uma utopia ativa, não é pouca coisa. [...] Apenas alguns ou muitos anos à frente teremos a real dimensão dos efeitos destas tecnologias de resistência que utilizamos implementando a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010, p. 130).

Palavras como reorientação dos processos de trabalho, organizar o trabalho, organização da saúde, ordenação da formação mostram responsabilização com a construção e fortalecimento desse processo de consolidação do SUS não só na gestão e no serviço como também na formação dos profissionais da saúde. Tradicionalmente, porém, observamos que

---

<sup>16</sup> Pronunciamento na abertura da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000. (BRASIL, 2010, p. 64).

formação e pesquisa são missões sob responsabilidade das instituições de ensino superior e técnico, enquanto os cuidados em saúde são atribuições dos organismos responsáveis pela gestão do setor (ELLERY et al, 2013, p. 189).

Visto isso, as políticas públicas para o SUS vem de encontro a um modelo de saúde que necessita de rupturas com velhas formas de gerir a saúde e com o desafio de assumir a responsabilidade de assumir, junto com outras instituições, o protagonismo sobre a orientação da formação em saúde. Para isso é necessário que os princípios e valores que norteiam o sistema e suas políticas sejam ferramentas obrigatórias como norteadores dos processos de construção do processo formação.

### 7.1.2 Princípios e valores

*“Quando se chega a Tecla, pouco se vê da cidade, escondida atrás dos tapumes, das defesas de pano, dos andaimes, das armaduras metálicas, das pontes de madeira suspensas por cabos ou apoiadas em cavaletes, das escadas de corda, dos fardos de juta. À pergunta: Por que a construção de Tecla prolonga-se por tanto tempo, os habitantes, sem deixar de içar baldes, de baixar cabos de ferro, de mover longos pincéis para cima e para baixo, respondem:*

*— Para que não comece a destruição. — E, questionados se temem que após a retirada dos andaimes a cidade comece a desmoronar e a despedaçar-se, acrescentam rapidamente, sussurrando: — Não só a cidade.*

*Se, insatisfeito com as respostas, alguém espia através dos cercados, vê guindastes que erguem outros guindastes, armações que revestem outras armações, traves que escoram outras traves.*

*— Qual é o sentido de tanta construção? — pergunta. — Qual é o objetivo de uma cidade em construção senão uma cidade? Onde está o plano que vocês seguem, o projeto?*

*— Mostraremos assim que terminar a jornada de trabalho; agora não podemos ser interrompidos — respondem.*

*O trabalho cessa ao pôr-do-sol. A noite cai sobre os canteiros de obras. É uma noite estrelada.*

*— Eis o projeto — dizem.”*

(Ítalo Calvino, As cidades invisíveis).

Sobre princípios e valores com os quais os documentos se pautam para nortear suas discussões e proposições o conto de Calvino nos ajuda a pensar a função deles na formação dos profissionais de saúde, os sentidos produzidos foram de fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS como estrelas guias para a construção e consolidação do sistema.

Enfatizam a necessidade da universalidade da atenção, equidade e efetivação da integralidade, além de abordar conceitos que sintonizam com esses princípios com: clínica ampliada, gestão democrática e participativa, atenção multiprofissional, transdisciplinar, a importância da atenção básica como porta de entrada aberta e preferencial da rede e que todo serviço e formação dos profissionais orientados pela integralidade.

Com vistas na necessidade de se fortalecer a atenção básica como norteadora do sistema e porta de entrada dos usuários nas várias instâncias do SUS, outros princípios ganham destaque além dos três principais - integralidade, universalidade e equidade - que são o da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da cogestão, da humanização e da participação social.

É imprescindível, para a resolutividade do sistema, que se resguarde o direito de cidadania do acesso ao serviço de saúde, dentro da lógica que leve em conta as diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de atenção básica à saúde (BRASIL, 2003, p 27).

O outro sentido que podemos identificar no repertório sobre princípios e valores, é relacionado aos princípios que, ajudam a delinear as mudanças e rupturas que o sistema vem fazendo desde sua conquista com o modelo de saúde anterior, a constante construção e desconstrução. Esses conceitos estão diretamente relacionados ao funcionamento do sistema e a formação dos profissionais de saúde. Atentam para a inseparabilidade entre serviço, formação e gestão estimulando a co-responsabilidade e co-participação dos atores do sistema na formulação e execução das políticas e na produção de saúde.

Trabalho significando produção de saber, processo de formação permanente e que essa formação se efetiva na vivência das situações/processos concretos de trabalho, 'tornando-se competente' para enfrentar as demandas do trabalho, criando estratégias para isso (inclusive aprendendo a trabalhar em equipe). Compreende competência como atitudes/posicionamentos/ações/aprendizados que se constituem no confronto dos sujeitos com o que se apresenta nas situações de trabalho que vivenciam. Associa responsabilidade pessoal e corresponsabilidade com o aprendizado/ação (BRASIL, 2010, p 98).

A necessidade de um sistema centrado no usuário também é destacada nos documentos, assim como a necessidade de capacitação e pesquisas voltadas para o cotidiano do sistema. Além disso, destacam que a atuação profissional e formação sejam pautadas pela problematização a fim de reorientar a formação e formar profissionais críticos, competentes, autônomos e comprometidos com sua intervenção no processo saúde e doença.

Formar como estratégia de intervenção coletiva para a produção de alterações nas condições de trabalho impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde (BRASIL, 2010, p. 8).

O fortalecimento de uma formação pautada na ação-reflexão-ação, em desenvolvimento de pesquisas a partir da problematização “que considere como eixo central o trabalho em saúde e os princípios do SUS” (BRASIL, 2009). O conceito de formação-intervenção abordado pela PNH exalta isso de forma mais direta e confirma o trabalho como espaço de formação e atuação na mudança para um Sistema mais eficiente e resolutivo. Afirma que o espaço de trabalho como lugar em que cada um (e o coletivo) exercita a função de gestão na produção, condução e direcionamento de seu próprio fazer (BRASIL, 2010). Tal afirmação ajuda a pensar o papel das IES no processo de fortalecimento do SUS através de mudanças significativas e atreladas com a realidade do sistema nas metodologias de ensino e projetos pedagógicos dos cursos da saúde, tendo como estrela guia para essa construção constante os princípios do SUS.

## 7.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE - POR QUE EDUCAÇÃO E TRABALHO SE AFASTAM TANTO?

A categoria atribuições dos profissionais de saúde tem como foco central as principais atribuições técnicas de cada profissional no Sistema Único de Saúde, especificamente, da atenção básica que é foco central da Política Nacional de Atenção Básica, fonte do maior volume de vocábulos desse repertório: Educação permanente, orientar, preceptoria. Esse repertório possibilita argumentar que, nas atividades de formação, as

atribuições dos profissionais se resumem a orientações e preceptorias de atividades realizadas no seu local de trabalho:

Considerando a necessidade no processo de integração ensino - serviço e capacitação pedagógica de criar estímulo para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática (BRASIL, 2004b, p 2).

A atividade de ensino não é explicitada ficando ambígua a ideia de que os profissionais têm funções de ensino nas atividades de formação. Os profissionais não reconhecem e nem se apropriam dessa atividade, ficando condicionados a uma supervisão de docente vinculado às instituições de ensino.

Além disso, existe uma resistência clara dos profissionais a essa atividade pela obrigação de assumir um papel de “detentores dos saberes”, ideia que paira no imaginário de todos quando se fala em atividade docente: autoridade incontestável do professor, posição deste de experto acima de todos, disciplina rígida, domínio extensivo e reprodutivo de conteúdos (DEMO, 2010). Existe ainda uma insegurança em relação a problematização da sua realidade de trabalho que é traduzida como uma espécie de policiamento e culpabilização do profissional pelos desafios ainda não superados pelo sistema de saúde.

Com relação à educação permanente o repertório salienta a importância de participação nas atividades para essa finalidade programadas pela equipe como parte de seu trabalho na atenção básica em saúde, tão importante como as demais atribuições. Assim, a atividade de contribuir, participar e realizar atividades de atenção permanente em saúde está relacionada a uma atividade inerente ao seu trabalho (BRASIL, 2012).

### **7.2.1 Papel das Instituições de Ensino Superior na construção do SUS**

*Formar profissionais para que?*

A questão central discutida nos documentos sobre o papel das Instituições de Ensino Superior é a da responsabilidade social com a produção de informação e conhecimentos através de pesquisas e na formação de profissionais.

O SUS é o ordenador do sistema de saúde em nosso país e isto significa, no mínimo, tomar seus princípios e diretrizes para ordenar processos de formação. Formar agentes, operadores, intelectuais suficientemente capazes de conduzir a política pública de saúde, é um desafio gigantesco para a universidade brasileira. Este é um desafio para a humanização (BRASIL, 2010, p. 69).

A missão de romper com os modelos conservadores de produção de conhecimento para um ensino<sup>17</sup> pautando uma formação integral, de qualidade e comprometida com a reorientação da formação a fim de promover mudanças curriculares na graduação dos profissionais de saúde como podemos ver no documento do Pró-Saúde:

O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005, p. 5).

Apontam para a visualização de novos modos de formar alinhada a uma articulação com o SUS através de parcerias, articulações e construção conjunta e programações inter-programáticas que diminuam a distância presente entre os planejamentos da academia e do serviço. Segundo o documento da PNH, não existe sentido em esperar que os trabalhadores da saúde trabalhem de uma forma, se a formação é orientada para outro sentido e “esta talvez seja uma das contribuições mais importantes da universidade para o SUS e certamente iniciativas como o Pró-Saúde são um estímulo importante para a construção de novas possibilidades de trabalho mais partilhado, mais criativo e eficaz - em outras palavras, trabalho em equipe” (BRASIL, 2010, p. 69).

A responsabilidade de tais aproximações e parcerias incluem todos os atores das IES (discentes, docentes, residentes, tutores, pesquisadores) e do Serviço (gestores, profissionais e usuários) e envolvem todos os meios de formações com o qual a academia pode lançar mão e contribuir para a produção de conhecimento, formação de docentes e de profissionais capazes de atuar no SUS, de forma eficiente e resolutiva, como a graduação, residências médicas e multiprofissionais, pós-graduação, educação à distância e educação permanente.

As IES deveriam incorporar à sua missão institucional a formação integral e terminal dos profissionais de saúde. As diretrizes curriculares propostas para os vários cursos de saúde apontam nessa direção. Alcançar os objetivos estabelecidos pelas diretrizes curriculares em vigor constituiria um enorme progresso. É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por

---

<sup>17</sup> Considerando que a nossa história de formação e exercício profissional em saúde vem marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira se torna essencial orientar as graduações em saúde para a integralidade e esse é o objetivo da política proposta pelo Ministério da Saúde para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação (BRASIL, 2004).

essa formação, deverão ter papel protagônico e ser os sujeitos dessa ação, e não mais um participante entre muitos outros (BRASIL, 2005, p. 10.).

Nos documentos as IES tem fundamental importância no processo de reorganização dos processos de trabalho, na produção de conhecimentos para o SUS, fortalecimento do sistema, e de mudanças na formação em nível de graduação e pós-graduação. A parceria e a integração com as ações e serviços do SUS é indispensável, pois, o sistema é o principal orientador e cenário para viabilizar uma formação direcionada às necessidades da população e norteada pelo princípio da integralidade.

### 7.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE - AFINAL, QUEM PODE PARTICIPAR DESTE PROCESSO?

A partir dessa categoria abordaremos o repertório que expressa de forma direta sentidos acerca da formação dos profissionais de saúde. O repertório selecionado compreendem as palavras aprendizagem; ensino; Educação popular em saúde; educação; encontro; integração docente assistencial, interação ensino-serviço; orientar; graduação.

O sentido produzido nessa categoria levanta a discussão da importância da relação entre as IES com o serviço na formação dos profissionais, atravessando todo o processo de formação desde a graduação até a formação permanente dos profissionais que atuam no serviço “mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil” (BRASIL, 2005, p. 45).

Desde a conquista do SUS a participação dos usuários é central na construção do Sistema, motivado pelo fato da sua conquista ter acontecido através da luta popular organizada, protagonizada pelo movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010). Com a adoção do projeto do SUS como proposta de sistema de saúde do Brasil, a participação popular foi eixo discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde e conquistou assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde. Por isso, a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS: “Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Apesar desse forte protagonismo da população na história do SUS, no cotidiano dos serviços nos deparamos com relações hierarquizadas tanto nas tomadas de decisões, nos

diálogos e no atendimento ao usuário. Essa relação acontece tanto entre profissionais, gestores e usuários e vem sendo desconstruídas nas principais políticas de saúde. Destacamos isso por abordar nessa pesquisa o SUS como norteador da formação e também como cenário de prática. Discutimos o quanto os princípios e diretrizes do SUS nos mostram os caminhos que a formação deve percorrer almejando consolidar a integralidade, princípio central da concretização do SUS. Consideramos a atenção básica como porta de entrada preferencial do sistema, norteadora do mesmo em todos os níveis e cenário para qual a formação deve ser direcionada, a fim de preparar os profissionais para fortalecê-la e inserir-se no sistema tendo ela também como “porta de entrada” (BRASIL, 2012; BRASIL, 2005).

É importante lembrar desta questão antes de pensar a integração ensino–serviço-comunidade apenas no cuidado, no vínculo e na atenção à saúde o que é imprescindível para a qualidade do serviço. Ressaltamos o sentido da construção dos processos de formação levando em conta que, apesar dos amplos espaços de participação formal nas decisões do SUS, na realidade do sistema, são necessários movimentos de ruptura com a hierarquização dos saberes, como defende a educação popular em saúde, lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas (BRASIL, 2004b, p. 292).

Tais saberes devem ser levados em consideração uma vez que “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, 2004a, p. 12). Nesse caso, um questionamento que foi pertinente para essa pesquisa, uma vez que afirmamos a importância da inclusão e do protagonismo de todos os atores na construção do conhecimento, é: Qual o papel dos usuários no planejamento dos cursos e na elaboração dos currículos das graduações em saúde?

Se o indicativo é termos o SUS como principal orientação de proposta pedagógica para a formação, essa questão é importante uma vez que o usuário está como protagonista da construção no cotidiano do SUS. O SUS tem como atores de sua conquista e consolidação até hoje os movimentos sociais, a população. Se ele orienta a formação todos os seus atores podem e devem estar envolvidos não só como docentes, e sim, atuantes no planejamento dos cursos que hoje é feito exclusivamente pelas instituições de ensino.

A formação e pesquisa são missões sob-responsabilidade das instituições de ensino superior e técnico, enquanto os cuidados em saúde são atribuições dos organismos responsáveis pela gestão do setor. Importante destacar que cada um desses setores exerce suas atividades com autonomia, predominando um modelo de formação dissociado da prática, gerando um fosso entre o mundo acadêmico e o 'mundo real', no

qual se materializam as práticas de saúde em suas distintas modalidades (ELLERY, 2013, p 189).

Na XI Conferência Nacional de Saúde com a chamada “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, foram deliberadas questões acerca do controle social no SUS. Uma das proposições relacionadas à formação de profissionais, regulação e papel da universidade reafirma a importância da ampliação da participação social junto com os demais atores do SUS nas instâncias de decisões sobre a formação:

Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades sociais da população (BRASIL, 2004b, p. 169).

Por isso e levando em consideração a necessidade de inclusão de todos os atores envolvidos na construção do SUS, há a necessidade de estreitar as parcerias entre Instituições de ensino e Sistema único de saúde através do encontro e diálogo entre esses atores nas tomadas de decisões desde a formação. Isto implica a inclusão, sempre que possível, de parcerias com instituições de ensino, gestores locais e movimentos sociais (BRASIL, 2010, p. 81).

#### 7.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - O QUE ENSINAMOS?

No repertório sobre Educação Permanente em saúde encontramos as seguintes palavras/expressões: “no trabalho; pelo trabalho e para o trabalho”; aprendizado; articulação de instituições; conceito pedagógico; conhecimentos; cooperação técnica interinstitucional; docência; educação à distância; educação continuada; educação na saúde; educação permanente; ensino; formação; graduação; habilidades; hospitais de ensino; Instituições de ensino; instrumentos técnicos e pedagógicos; integralidade; planejamento/programação educativa ascendente; polos de educação permanente; pós- graduação; práticas reflexão na ação; relações orgânicas. Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, docência e atenção à saúde, formação e gestão setorial, e entre desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2006).

O conceito de Educação Permanente em Saúde é um dos mais importantes dentre as políticas de formação, pela sua ação abrangente no que se diz respeito a promover uma formação significativa e problematizadora dos profissionais do SUS e por superar a ideia de

educação continuada em saúde que se traduzia em formações pontuais e centrada nos conhecimentos técnicos.

A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (BRASIL, 2006, p. 56).

É uma política importante para o desenvolvimento da atenção básica pela sua necessidade de profissionais com maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras. A educação permanente no serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (BRASIL, 2006, p. 56).

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012, p. 39).

A inserção dos estudantes no serviço contribui, diretamente, com a formação permanente em saúde ao passo que estimula a problematização e leva questões provenientes do processo de formação. As vantagens do aluno dentro de uma aprendizagem em equipe são as chances da participação de todos serem maiores e melhores, com maior envolvimento e atração pelas atividades; aprimoramento da habilidade de trabalhar em equipe etc (DEMO, 2010). Além disso, estimula a atuação dos profissionais de saúde como docentes nas atividades que envolvem o ensino no serviço. É função inerente aos profissionais de saúde o acompanhamento de estudantes em atividades de orientação e preceptoria uma vez que, todos os espaços do serviço são cenários de práticas dos cursos de graduação por excelência (BRASIL, 2012).

Vimos na categoria modelo tradicional de formação o quanto a metodologia de transmissão de conhecimento é forte e a desconstrução da mesma nos convida a sair de uma zona de conforto, para permitir um modelo de formação menos hierarquizado em que ensinar e aprender são movimentos necessários e flexíveis na construção do conhecimento. E a ação, a inserção nos cenários de prática é a melhor metodologia como podemos ver nos direcionamentos da Educação Permanente:

A partir da ação é possível construir conhecimentos verificáveis e acumuláveis com níveis crescentes de consciência. A ferramenta para fazê-lo é a observação

consciente, verbalizada, do processo de reflexão cuja prática é fundamental. Ela permite questionar nosso conhecimento prático e refazer a própria ação que conduz a essa situação não esperada; a reflexão abre caminho para a experimentação de outras ações para encarar o fenômeno observado; imaginam-se alternativas e inventam-se provas que conduzem à solução do problema e testam a própria percepção (BRASIL, 2006, p. 50).

É um movimento que visa, mais do que o desenvolvimento de habilidades e competências, mudanças nos problemas reais da prática e, porque não, mudanças na própria prática profissional e deve estar articulado a um projeto de mudança no modelo de gestão, uma modificação no *status quo*. Nesse sentido, ora o profissional vai estar no centro como aprendiz, ora o aluno de graduação estará no centro do processo de aprendizagem, não como mero espectador e, sim, como problematizador e pesquisador dos conhecimentos que os ajudarão a entender e buscar soluções para os problemas da prática. Como vemos na PNAB o estímulo a novos modelos de ensino e atenção à saúde é questão central para reorientação da formação nas novas políticas do MS:

Um dos pressupostos importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p. 39).

A inclusão do estudante em uma equipe também favorece: o contato com as dificuldades desse processo como os entraves e burocracias do sistema, velocidades variadas e discrepantes de trabalho; lideranças dominadoras; conversa fora de foco; incompatibilidades de gênio entre outras (DEMO, 2010).

Porém, essa problematização é crucial para que os processos de ensino sejam mais construtivistas, saibam que caminhos construir, que referências buscar e que metodologias lançar mão para que a formação seja um ato de intervenção e transformação da realidade do SUS. Para melhor exemplificar e desconstruir essa angústia que impede o profissional de saúde a assumir seu papel de docente aprendiz, Paulo Freire em *Pedagogia da Autonomia* (1997) fala:

É preciso insistir: Esse saber necessário ao professor – que ensinar não é transmitir conhecimento - não precisa apenas ser apreendido por eles e seus educandos nas suas razões de ser – ontológica, política, ética, epistemológica, pedagógica, mas também precisa de ser constantemente testemunhado, vivido (FREIRE, 1997, p.21).

A próxima categoria explicita as propostas de estratégias de ensino recomendadas para a reorientação da formação no sentido de consolidação das políticas de saúde e fortalecimento do serviço.

## 7.5 ESTRATÉGIAS DE ENSINO - BORA JUNTOS PRÁ RUA!

A partir da categoria estratégias de ensino apresentamos os principais direcionamentos metodológicos relacionados à reorientação da formação em saúde. Indicativos de princípios pelos quais podemos nos basear na construção de uma proposta de formação mais próxima das necessidades de saúde da população e direcionada para a consolidação do SUS.

Nessa categoria iremos apresentar quais mudanças da atenção à saúde estão diretamente ligadas à proposta de rompimento com o modelo tradicional de ensino e que são dependentes dessa mudança de modos de gerir a formação de forma coletiva e centrada na problematização dos problemas reais do serviço. O objetivo é o trabalho baseado nos princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde princípio mais importante na garantia do direito à saúde da população e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde (BRASIL, 2006; 2012).

O primeiro sentido identificado fala da importância das estratégias que se façam mão para propiciar a formação integral dos trabalhadores da saúde, e são representadas pelos vocábulos: aperfeiçoamento especializado; atualização profissional; capacitação; desenho educacional; Diretrizes curriculares nacionais; educação à distância; educação de adultos; educação operável; educação permanente; Ensino à Distância; especialização; estrutura curricular; geração de conhecimento; integração básico-clínica; pesquisa, planejamento; pós-graduação pro-saúde; qualificação contínua; residência; residências médicas; residências multiprofissionais; graduação; habilidades; inovações; oficinas regionais intervenção institucional; acervos bibliográficos; ações educativas; bases de dados; análise institucional; ensino-aprendizagem; evidências; excelência técnica; expansão; Desenvolvimento Organizacional; diretriz; livros; módulos; mudança institucional; preparar; produção de conhecimento; programas mestres; projetos; proposições; Qualidade Total; qualificação; recursos humanos; técnico-científica; teórico-conceituais; transformação do processo educacional; transformações; gestão estratégica; institucionalização; periódicos; reorientação; sistemática; adaptabilidade; estabilidade no tempo; novos acordos, objetivos.

O repertório sugere que na reorientação da formação profissional em saúde a partir da construção propostas de serviços, que incluam a ampla participação de seus diversos seguimentos e serviços, a qual deve constituir-se no marco central de transformação do processo educacional (BRASIL, 2005).

A formação profissional hoje conta com vários cenários que, juntos, contribuem para a formação dos profissionais para o trabalho no SUS. Além da graduação, a parceria entre as IES e o serviço visa a reorganização de toda a rede de ensino presente no SUS que compreende a graduação, programas de extensão, residência médica, residência multiprofissional, pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, educação à distância e educação permanente em saúde. Todas essas ações visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, os programas de residência e pós-graduação são privilegiados para a habilitação dos profissionais de saúde objetivando melhor desempenho técnico, enquanto na graduação ainda é incipiente a abordagem dos conteúdos sobre o SUS e saúde coletiva na organização curricular dos cursos (BRASIL, 2004b).

No entanto pelos direcionamentos dados pelos documentos vemos uma formação dirigida para uma qualificação contínua com análise, avaliação e construção coletiva dos projetos, além de uma interlocução permanente desses processos de formação para que haja continuidade nos processos de formação desde a graduação perpassando todos os demais espaços (BRASIL, 2010). O desenho pedagógico e a gestão estratégica – em sua dimensão de construção de viabilidade, de acordos e apoios – são dois aspectos inseparáveis no desenvolvimento da proposta educativa (BRASIL, 2009, p. 57).

É necessário considerar a formação como uma intervenção institucional que exigira de seus atores que se aprendam modos de relacionar-se e de atuar propiciando novos diálogos, novos acordos, desconstruções e construções de estratégias de formação e ação baseadas na problematização do seu cotidiano. Por isso, o processo de análise e avaliação dos conceitos de trabalho e os próprios sujeitos em seus modos de pensar e operar é importante para que haja modificações reais para além das normatizações das políticas (BRASIL, 2006).

Uma educação *operável*, além de desenvolver habilidades e reflexão-ação, analisa os contextos em que elas podem ser postas em prática e coloca em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação (BRASIL, 2006, p. 52).

Essa problematização da prática está vinculada também a uma construção coletiva das propostas de formação e inclusão de todos os atores das tomadas de decisão. A auto avaliação do processo tem como responsabilidade a exposição dos processos para

aprimoramento, uma avaliação que inclua o corpo discente e desenvolva reflexões sobre a situação atual, incluindo informação sobre a estrutura curricular e o processo de ensino, a capacidade instalada de profissionais e materiais, a participação nos serviços assistenciais e os problemas identificados (BRASIL, 2005). Para que estes processos se consolidem, entretanto, será necessário fortalecer as decisões de desenho educacional definição e organização, de gestão educativa e de avaliação (BRASIL, 2006).

Para uma formação que seja produto de uma construção em que todos os espaços de formação sejam interligados e dialoguem entre si, é preciso que os programas sejam construídos coletivamente seguindo princípios claros que auxiliem na produção de mudanças na realidade do sistema. Sobre isso vemos um repertório que nos indica sentidos de construção de propostas de formação organizadas e conjuntas entre as IES e os serviços representadas pelos vocábulos: estratégia construtivista; estratégia integrada; gestão educativa; grade temática; direcionalidade; roteiro; modelo macrocurricular; estruturação pedagógica; mudanças curriculares; soluções criativas; soluções inovadoras; intervenção educativa deliberada; ampliação dos referenciais; conceito de trabalho; conceitos; tríplice inclusão.

Sobre essa perspectiva construtivista do planejamento da formação, o documento do Pro-Saúde ressalta, também, a construção do projeto educacional ao falar do modelo macro curricular com detalhamento do grau de envolvimento do corpo docente e do pessoal do serviço na construção da proposta, bem como o grau da institucionalização do projeto, tanto no âmbito da universidade, quanto do serviço público de saúde. A proposta inclui, também, o grau de engajamento/parceria com a rede de saúde, contendo clara indicação da forma de participação dos serviços em distintas etapas da formação (BRASIL, 2005).

A construção de processos de formação em saúde, considerando esse referencial da “inclusão”, implica estarmos atentos a essa complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução por entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas (BRASIL, 2010, p. 45).

Da mesma forma, acontece nas composições das comissões de Educação Permanente mostrando que a tendência da construção pedagógica da formação profissional em saúde é ser feita a “várias mãos”, incluindo saberes variados e ações inclusivas e transformadoras (BRASIL, 2006).

Entendendo o método como “modo de caminhar”, a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão (BRASIL, 2010, p. 7).

Seguindo o raciocínio das construções coletivas de propostas pedagógicas, um sentido que aborda essa inclusão dos atores em todos os processos de forma clara propõe um rompimento com uma prática engessada da formação que é a avaliação. O repertório remete à importância de ressignificação dessa etapa da formação, assim como mantém o direcionamento das mudanças para uma aprendizagem mais significativa: o que aprender; o que desaprender; “avaliação formativa”; acompanhamento avaliativo; “rodas de conversa avaliativas”, “regras do jogo”, auto avaliação; avaliação; avaliações de processo; autoanálise; análise; comparação; compartilhamento; corresponsabilização; críticas; sugestões; análise crítica;

Nesses processos de construção, a proposta de avaliação formativo-reguladora ou Auto avaliação funciona como feedback tornando os processos de formação dinâmicos e coletivos. Esse método é amplamente estimulado pela Política Nacional de Humanização que no processo de inclusão avalia de forma positiva a mudança no modo de fazer avaliação:

A “avaliação formativa”, compreendida em uma perspectiva participativa, toma os processos de implementação de projetos/intervenções como seus focos de análise, observando o ‘desempenho’ do projeto (no caso, os cursos) e buscando a correção ou confirmação de seus rumos/condução. São ‘avaliações de processo’ e de ‘eficácia’, identificando-se aspectos da intervenção e produzindo informação para aprimorar ou redirecionar o que for necessário, isto é, para aumentar a adequação da intervenção na direção dos objetivos e metas. Assume um caráter pedagógico e inclui os diferentes atores, promovendo aprendizagem com a própria experiência. Opera com ajustes contínuos e vem daí sua perspectiva regulatória ou de avaliação formativa-reguladora, buscando aproximar a intervenção (e suas intencionalidades) às necessidades reais que emergem na/da realidade e no próprio processo (BRASIL, 2010, p. 98).

O questionamento pertinente sobre os processos de formação é “O que aprender e o que desaprender?” visto que os processos de formação estão convivendo com práticas inovadoras e desconstruções de processos de formação consolidados e enraizados, tanto nas IES, quanto nos serviços.

A nova forma de promover saúde exige uma nova formação e, com isso, os princípios e diretrizes do SUS, em especial da Política Nacional de Atenção Básica, ganham destaque como parâmetros para que profissional queremos formar. Que metodologias queremos que esse profissional domine para o trato com a população? Como ele contribuirá

com a formação permanente de toda a sua equipe para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao trabalho no SUS?

A questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. O problema vai muito além dos conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina, e aponta para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos (BRASIL, 2006, p. 51).

A integralidade permeia esse processo sendo sempre o princípio que deve nortear na definição de quais as competências são necessárias para atuar no SUS. A integralidade da atenção e uma educação dos profissionais orientada para a integralidade, certamente, são parte importante de um processo de mudanças com repercussão na sociedade, na gestão setorial e na identificação com os usuários das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004, p.18).

Há um sentido de protagonismo em todo o processo de formação aliado a uma intervenção, uma formação que seja significativa e que problematize a realidade e que se comprometa com as modificações necessárias.

Protagonismo nas intervenções, formação significativa e problematização da realidade comprometida com as modificações sociais necessárias:

A estruturação pedagógica dos processos de formação tem como foco da aprendizagem o “como se faz”, partindo das experiências do cotidiano do trabalho dos apoiadores/apoiadoras para problematização e reflexão a partir de aportes teórico-conceituais. É importante que a compreensão de conceitos teóricos, mesmo quando feita através de exposição dialogada, aconteça a partir dos referenciais, das situações concretas, trazidas pelos apoiadores, calcadas na realidade vivenciada na prática cotidiana (BRASIL, 2010, p 91).

Esse modelo de avaliação com objetivo de construir o conteúdo de formação de acordo com cada cenário de prática exige metodologias ascendentes que podemos encontrar nos documentos como ponto importante para que as mudanças na formação se desdobrem através do repertório a seguir: participativa; compartilhada, “rodas de conversas”, reflexão; análise crítica da atenção básica; aulas dialogadas; desenvolvimento da capacidade; desinstitucionalização; desnaturalizando; dialogar; dinâmica modular; debates; espaço não neutro formação de ativadores de mudanças; fundamentação conceitual; inversão metodológica; método da roda; grupalidade; metodologias ascendentes; mudança metodológica; pensamento crítico dinamizador; produção de realidade; produção escrita; problematização; reflexão crítica; reflexões; subjetividade; trocas; comportamento;

concentração; conhecimentos; consciência; exposição dialogada; construção dos conhecimentos;

O estudante precisa estar envolvido e comprometido com a sua atuação desde a formação, o professor entra como um orientador desse processo de ensino-aprendizagem, não objetivando a transmissão uma fórmula problema-resposta como estratégia de ensino e, sim, o comprometimento do aluno de lidar com problemas reais, complexos que, na maioria das vezes, não detém uma solução única e pronta. Nesse processo é necessário a construção de conhecimentos e soluções em equipe:

A aprendizagem por problematização requer esse olhar “político”, bastando que se visualizem os problemas como complexos e não lineares, exigindo negociação cuidadosa, comportamento ético, trato adequado das ambiguidades, respeito a argumentos alheios, negociação de significados e assim por diante (DEMO, 2002).

O Pró-Saúde discute as mudanças nas metodologias de ensino por meio da integração básico-clínica, principalmente na formação de adultos: “a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos” (BRASIL, 2005, p.29).

A adoção das metodologias ascendentes leva o foco da formação para o processo de aprendizagem, problematiza-o com o intuito de favorecer a conquista de uma formação significativa. Isso tira o foco do engessamento das atividades de ensino da sala de aula que é, hoje, onde se concentra a maior parte da carga horária dos cursos de graduação e especializações. Que essas aulas aconteçam, mas tendo também como foco a aprendizagem e não o simples cumprimento da meta de abordar o volume de conteúdos a qualquer custo. “Aula não falta. Falta aprendizagem. A LDB confundiu aula com aprendizagem – confusão comum até hoje entre professores” (DEMO, 2011, p. 129).

Nessa compreensão, a noção de formação que objetivamos afirmar implica ações e metodologias ascendentes, engendradas em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos, e se confronta diretamente com a instituição especialismos atualmente característicos de muitos processos. Modos de formar, modos de trabalhar e modos de subjetivar são processos coletivos inseparáveis, ainda que distintos (BRASIL, 2010, p. 47).

O professor nesse caso é peça fundamental, não como detentor do saber e, sim, como facilitador do processo de aprendizagem auxiliando o aluno na busca de conhecimentos e competências que viabilize a resolução de problemas concretos. Quando o professor aceita a noção de centrar no aluno, o “poder é compartilhado, não transferido indiscriminadamente” (WEIMER, 2002, p. 28). Uma das estratégias é saber desenhar problematizações instigantes

para o aluno, sempre de estilo interdisciplinar, para que sejam tanto mais realistas (DEMO, 2011, p. 131).

Todos os atores envolvidos no processo de formação devem ser incluídos na construção deste processo, no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde (BRASIL, 2009). O estímulo a “rodas de conversas avaliativas” insere a avaliação como parte do processo de formação, para que haja envolvimento com os efeitos.

Muitos professores ainda acreditam que sua função é ir enfiando na cabeça do aluno pedaço por pedaço curricular, tirando isso a limpo nas provas. Não atinam para o desafio de ver o currículo como um apanhado de conteúdos a serem reconstruídos, questionados, talvez mesmo superados (DEMO, 2011, p. 130).

A estratégia de aprendizagem adotada pela PNH tem como foco o “como se faz” exaltando a prática, o cotidiano de trabalho e experiências dos atores como foco principal. Entretanto, mesmo com a exposição dialogada, os referenciais teóricos são peças importantes dos processos de formação (BRASIL, 2010).

A construção clara de um modelo de formação que tem seu planejamento e execução debatida e pensada pelos atores considerados no SUS e em todas as políticas de saúde, está direcionada para a adoção da prática como principal recurso metodológico, para reorientação da formação e mudanças e melhorias institucionais. O sentido mais presente no repertório é o de intervenção, aprendizado na prática e responsabilização representado pelo repertório: “aprender-fazendo”; “como se faz”, ação dos aprendizados, aprender a aprender; aprender-fazendo; aprendizagem com o SUS; conhecimento na ação; conhecimento prático; conhecimento útil; conhecimentos verificáveis; conhecimento em ação; coletiva; contexto; prática; contextos; coordenação de ações; construção diversidade de atores; encontro; encontros; encontros/atividades experiência; fazer-aprendendo intervenção coletiva formação-intervenção; investigação/intervenção mudanças nas práticas; multiprofissionalidade; observação consciente; ocupar lugar de sujeitos; para além do ambiente escolar; participação nos serviços; Práticas inovadoras de integralidade; práticas inovadoras; práticas institucionalizadas; práticas; planos de intervenção; problematização da prática; recursos tecnológicos; redes; Reengenharia Organizativa; sociologia das organizações; trabalho de equipe; campo de Vivência; cenários; estudos clínico-epidemiológicos; experiência profissional; experimentação; orientador; situações de trabalho; formação; facilitador; factibilidade das propostas; flexibilidade; coerência; interferir; limitações; repertório de compreensão; saberes; sensibilizar; situação crítica; situações de trabalho; sugestões; valorizar.

O modelo pedagógico defendido nos vários documentos analisados é o de aprender fazendo: “que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação” (BRASIL, 2005, p. 30) e orientados pela problematização (BRASIL 2004a; 2004b; 2005; 2006; 2010). Direcionando a formação para uma perspectiva que visa romper com a tendência consensual que reduz o problema metodológico em educação a um mero inventário de técnicas pouco articuladas entre si, geralmente desenvolvidas em sala de aula com o compromisso de efetivar a ação dos aprendizados em contextos organizacionais e sociais (BRASIL, 2010).

Visando a aprendizagem na prática, essa nova perspectiva tem as características de ter como processo de formação: a problematização como prática central; estar inserida no contexto social, sanitário e do serviço; ser reflexiva e participativa; perene; orientada para mudanças institucionais e de práticas coletivas com participação dos diversos atores (BRASIL, 2010).

Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho (BRASIL, 2010, p. 17). Esse conceito rompe com a característica do modelo tradicional em que, durante a formação, o objetivo é a acumulação de saberes para que ao final do curso seja apto a intervir. Agora a intervenção começa desde o momento que se pensa a organização dos processos de formação, o que não é uma tarefa simples.

A dinâmica das organizações sejam serviços de saúde, escolas, ou serviços de ação social, tende a mostrar fortes resistências à incorporação das mudanças criando obstáculos às novas práticas, tais como a participação comunitária ou a gestão descentralizada dos serviços. Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em consequência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão (BRASIL, 2006, p. 52).

Os serviços de saúde são os principais espaços de trabalho e, também, de formação dos profissionais de saúde, não só como cenários de prática, mas também como inspiração em relação à busca do conhecimento e produção. Por isso, a centralidade dos processos de formação devem se basear no farto relacionamento de aprendizagem com o SUS e na adequada aproximação com os saberes da saúde coletiva (BRASIL, 2004b).

Apesar de toda a discussão ser voltada para a adoção do SUS como local de ensino e trabalho para os profissionais de saúde, este fato ainda não foi percebido pela maior

parte da academia. (BRASIL, 2005). Para melhor compreender a importância do direcionamento da formação para o SUS e os impactos das ações formativas no cotidiano do serviço, o repertório a seguir nos direciona para a importância da integralidade e da humanização no aperfeiçoamento dos serviços de saúde: acolhimento, “efeitos”; atenção integral; integralidade; modificar status quo; prática clínica; prestação de serviço; princípios; saúde coletiva; rotinas de trabalho; abordagem integral clínica; enfrentamento.

O repertório dos documentos indica uma formação muito próxima aos problemas reais do cotidiano do SUS, como discutido na categoria o SUS como local de formação, objetivando sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira (BRASIL, 2004b).

As concepções hospitalocêntricas, médico-centradas e procedimento-centradas na saúde ocupa espaços hierarquicamente superiores na cultura acadêmica ou na imagem do trabalho em saúde (BRASIL, 2004b). As mudanças na formação vêm seguindo um projeto de novo modelo de atenção que tem a atenção básica e a humanização dos processos de saúde como base importante para as transformações no SUS.

Segmentos importantes das instituições de educação superior têm participado da construção do SUS desde o seu início, oferecendo importante contribuição às formulações e proposições que organizam a saúde em nosso País. Identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2004<sup>a</sup>, p.5).

Seguindo os princípios da atenção básica (que se baseiam na garantia do direito à saúde buscando traduzir atenção integral através do fomento da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social), podemos estabelecer direções claras dos aspectos que a formação precisa garantir e problematizar com os profissionais desde a graduação em todo o curso.

O acolhimento e a produção de cuidado também são conceitos centrais na mudança do paradigma dos serviços de saúde e podem auxiliar os processos de formação. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão e está intimamente ligado a preceitos éticos, estéticos e políticos (BRASIL, 2010b).

Dialogando com o conceito de tríplice inclusão, ao qual nos referenciamos para construir a proposta de formação com participação e co-responsabilização de todos os atores do SUS, o conceito de acolhimento além de ser um reflexo do pensamento político e ético dos

profissionais para o trato dos usuários é, também, uma diretriz para nortear um processo de formação transformador:

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2010b, p.18).

Pensar o acolhimento nos processos de formação como uma questão de auto-avaliação e não apenas como uma atividade a ser executada na prática clínica, isso se deve ao uso do processo de inclusão, que prevê: indissociabilidade entre gestão e cuidado; transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum); e o fomento do protagonismo das pessoas (BRASIL, 2010a).

É preciso salientar - antes de uma proposta do estágio como metodologia de formação desde o início do curso - estratégias como diretriz nos processos de formação para desarmar possíveis nós que venham a inviabilizar o estar junto de discentes, docentes, usuários e profissionais ao passo que todos terão igual importância e participação nos processos de decisão que antes eram atribuições, ora da academia no que tange a formação, ora dos serviços quando relacionados ao funcionamento dos mesmos.

### **7.5.1 Modelo tradicional de formação em saúde: um modelo em desconstrução**

*“para quem ainda quer insistir em “aula”, no mínimo se espera que entenda que a única finalidade da aula é a aprendizagem do aluno”*  
(DEMO, 2011, p. 122).

O modelo tradicional de formação tem características opostas à proposta de reorientação defendida pelo Ministério da Saúde. Marcado pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, que não viabiliza a melhoria do atual cenário caracterizado pela precária disponibilidade de profissionais generalistas, com visão humanística e preparada para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (BRASIL, 2010).

Nas palavras do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades (PAGLIOSA, 2008, p. 496).

O repertório identificado sobre o modelo de ensino baseado no currículo mínimo produz sentidos orientados para uma crítica à formação transmissionista, voltada ao mercado privado, com metodologias conservadoras, centradas no professor como detentor do saber e único responsável em transmitir conhecimento para os demais.

Entender a formação deste modo tem significado a anulação do protagonismo dos sujeitos, bem como práticas de formação descoladas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais. Tem redundado também em ações de formação homogenizadoras que acabam por separar técnica e política, formação e ação (BRASIL, 2010, p. 25).

Nesse modelo as disciplinas são fragmentadas, o ensino é centrado no professor, abordagem acrítica das necessidades do serviço de saúde tendo os fatores biológicos como principal referência para a formação, enfatizando assim uma abordagem de caráter curativo orientado ao indivíduo. Na formação dos profissionais para o SUS, o estudante, personagem central dos processos formativos ocupa uma posição periférica de produção política desses processos (BRASIL, 2004b, p 10). Com isso, “O aluno perde a noção própria da construção de sua autonomia e autoria, uma vez que comparece para encaixar-se submissamente na expectativa docente” (DEMO, 2011, p. 121).

A ênfase nos procedimentos supera amplamente o pensar saúde, constatando-se que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato dos acadêmicos das áreas com o SUS e nem assegurado a eles o conhecimento em saúde coletiva e a necessária familiaridade para que se componha como núcleo de práticas de cada profissão (BRASIL, 2004b, p. 9).

Essas características impactam, também, na produção de conhecimento dentro da academia onde a produção se desenvolve majoritariamente na atenção hospitalar e de alta tecnologia, além disso, há uma dicotomia entre teoria e prática e o contato tardio do estudante com os cenários de trabalho influenciados pela presença de serviços próprios das IES, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa (BRASIL,

2005; ROSSONI; LAMPERT, 2004; SOARES, 2007; COSTA, 2009; SOARES; AGUIAR, 2010; HADDAD, 2010; GEUS, 2011; RECINE *et al*, 2012).

Vemos que a logística de organização dos currículos é feita de forma isolada e seguindo a organização que seja conveniente para as IES sem construção conjunta com os demais atores do sistema de saúde. Há que se dar conta de todo o volume de informação demandado por cada disciplina de forma isolada a fim de ter conteúdo suficiente para a prática, pouco se problematiza se esse conteúdo, essa metodologia e a prática, estão sendo suficientes e coerentes com as necessidades da população.

Aderir à noção de o aluno como centro foca a atenção diretamente na aprendizagem: o que o aluno está aprendendo, como o aluno está aprendendo, as condições sob as quais o aluno está aprendendo, se o aluno está ampliando e aplicando sua aprendizagem, e como a atual aprendizagem posiciona o estudante para a aprendizagem futura (WEIMER, 2002, p. 90).

Esse modelo vem sendo desconstruído nos diversos direcionamentos dados pelas políticas públicas do SUS, para um modelo em que a aprendizagem seja mais significativa, horizontalizada e centrada na apreensão de competências e habilidades profissionais para atuar no SUS. Enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (*status quo*) (BRASIL, 2009, p. 47).

Além disso, o excesso de especializações tem sido apontado, entre outros fatores, como uma das responsáveis pela elevação dos custos assistenciais (BRASIL, 2010).

A noção de formação que objetivamos percorrer se confronta diretamente com a instituição-especialismos que demarca muitos processos de formação. Tais práticas acabam por invalidar saberes e fazeres e operam de forma tuteladora quando pretendem autorizar o que é melhor ou pior para o outro. Além disso, potencializam hierarquizações, uma vez que funcionam discriminando quem sabe e quem não sabe. Assim, o viés de formação que visamos a afirmar reside menos em seu caráter de mera transmissão de conhecimento (ainda que não se prescindia dos conhecimentos) e muito mais por sua potência disruptiva (BRASIL, 2010, p. 18).

Após a homologação das diretrizes curriculares e das principais políticas que norteiam a atenção à saúde, a reorientação da formação na graduação foi amplamente estimulada (MATOS, 2006). Porém, hoje, ainda temos várias práticas acadêmicas relacionadas ao antigo modelo de ensino que se encontra em desconstrução. Mudanças estruturais não são feitas da noite para o dia e no decorrer desses anos muitas transformações no ensino superior aconteceram e as DCNS contribuíram para isso.

Predomina nesse modelo convencional um currículo com máxima carga horária em aulas expositivas, modelo escolar de transmissão de informação, sem sequência constante ou diálogo entre as diversas disciplinas, “cascatas de encontros” com a finalidade de acúmulo de informações.

Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz no processo de capacitação parece relacionar-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados (BRASIL, 2009, p. 42). A proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (PAGLIOSA, 2008, p. 496).

A universidade tem um propósito cívico, que é prover os estudantes com o conhecimento e entendimento para serem bons cidadãos e levar vidas significativas. Os métodos educacionais, porém, não condizem com esta promessa, pois são tipicamente de massa, reprodutivos, carreiristas. Tudo se enfileira na rotina das aulas e provas, muito à revelia do discurso e dos desafios atuais. Como muitos professores não pesquisam, nem saberiam, o instrucionismo campeia, desconhecendo a importância capital da pesquisa para aprender bem. Desse ponto de vista, não se faz demais, se faz de menos pesquisa. Sem esta, não há o que ensinar (DEMO, 2005, p. 7).

A educação superior no Brasil assim como a saúde é fortemente influenciada pelos interesses do mercado e pela adoção de políticas neoliberais, com consequente diminuição do papel do estado na garantia de direitos básicos e fortalecimento do mercado.

A mercadorização do conhecimento tem levado a novos tipos de relações na academia baseadas numa concepção gerencial que assimila os princípios, parâmetros e as feições das organizações econômicas. Mas, o que é pior é que a própria insuficiência da crítica a essa realidade ganha terreno entre os docentes e a produção/transmissão do conhecimento não é devidamente avaliada e questionada, arrefecendo o potencial crítico que a universidade dispõe (MANCEBO, 2006, p. 51).

Saúde e educação são direitos constitucionais de toda a população, mas o sucateamento desse serviço público favorece a superioridade do setor privado sobre o público. Com base nisso, vemos que a Universidade pública fica a mercê também desse mercado, muitas vezes se eximindo do seu papel de garantir produção de conhecimento a favor dos serviços públicos como afirma Mancebo (2006):

Essas orientações políticas, em linhas gerais, têm provocado como resultado uma deterioração na oferta dos serviços sociais públicos, especialmente nos setores da educação e da saúde, além de abrir todo um campo para a transferência “(...) da educação da esfera política para a esfera do mercado, negando sua condição de direito social e transformando-a em uma possibilidade de consumo individual, variável segundo o mérito e a capacidade dos consumidores” (MANCEBO, 2006, p. 47).

Com base nessa formação mercantilizada, a formação se torna um produto enlatado direcionado a manter o status quo, com direcionamento para o mercado privado. Formar para o mercado privado, com ações “mórbido-centradas” e assistenciais e práticas segmentadas entre especialidades, não pode ser a principal marca da formação na área da saúde nas universidades brasileiras (BRASIL, 2010).

Tomando o mercado a dianteira, a universidade hoje responde, acima de tudo, a ele, perdendo de vista que está em jogo o futuro da humanidade, não do mercado. Supina ironia: conhecimento só pode ser bem feito em liberdade de criação e questionamento, mas, por isso mesmo, há que domesticá-lo, seja dentro de “paradigmas” onde é mais badalado do que discutido seja na própria instituição universitária onde ensino prevalece sobre formação, seja no mercado onde a razão de ser é mercadológica, seja nas diatribes metodológicas onde, amarrado a procedimentos rígidos, não corre o risco de desandar, seja no nicho eurocêntrico onde, sob a artimanha de validades universais, não se possa contestar e, assim, atestar superioridade indiscutível sobre outras formas de conhecimento (DEMO, 2005, p. 6).

Além dos impactos negativos na formação de profissionais com competências e habilidades e produção de conhecimento coerente com as necessidades da população assistida pelo SUS, a influencia mercadológica promove precarização do trabalho dentro das universidades com: precarização do trabalho docente, aumento do regime de trabalho estimulando o individualismo e competitividade em detrimento a projetos de construção coletiva, flexibilização do trabalho e submissão a rigorosos sistemas avaliativos que transformam o desempenho do professor em índices e estão desarticulados com o real intuito da educação superior para os profissionais de saúde (MANCEBO, 2006).

DEMO (2005) problematiza o modelo convencional de formação e exaltando a pesquisa como metodologia de ensino possível para dar significado ao aprendizado, a busca de soluções de problemas reais através da pesquisa coloca o estudante como protagonista de seu próprio aprendizado e o estimula a um maior comprometimento com a realidade, através de seu engajamento na resolução de problemas e que “para quem ainda quer insistir em “aula”, no mínimo se espera que entenda que a única finalidade da aula é a aprendizagem do aluno.” (DEMO, 2011, p. 122). É a partir dessa lógica que vamos debater os direcionamentos dados pelos documentos em relação à reorientação da formação.

## 7.6 A PRÁTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO

### 7.6.1 SUS como local de formação

*“O SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende”! (Fórum em defesa do SUS e contra a privatização).*

Iremos abordar primeiramente a importância do SUS como principal cenário de formação para os profissionais de saúde, como seus princípios e diretrizes direcionam para uma formação mais próxima das necessidades da população, e afirmar que os cenários de prática vão além do hospital universitário como espaço para a aprendizagem.

O SUS é o principal ordenador da formação dos profissionais de saúde como consta na nossa constituição, e é também o principal local de atividades práticas e de estágio para os diversos cursos de saúde sejam eles de Universidades públicas ou privadas.

A partir dos documentos, identificamos o SUS como um espaço de excelência para a formação, tanto na graduação, como dos profissionais por meio do trabalho, sendo que a formação deve ser “no SUS e para o SUS”, em que os profissionais problematizam seu contexto de trabalho e isso deve embasar processos de formação e estimular mudanças na graduação de futuros profissionais.

No que se refere aos processos de formação, a Política Nacional de Humanização pode ser tomada como importante oferta para reposicionar a formação no SUS e para o SUS, isto porque ela é uma oferta para o SUS, para qualquer um de seus processos de gestão, de cuidado, de formação, de pesquisa, etc (BRASIL, 2010, p. 68).

Podemos afirmar de acordo com ELLERY et al (2013) ser a tendência atual da educação sua integração aos sistemas de cuidados em saúde de forma a tornar a educação contextualizada, significativa, com impactos na melhoria dos sistemas de saúde. A articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde é considerada um princípio pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento próprio, uma vez que “a própria noção de pesquisa induz à problematização, porque somente se quer investigar aquilo que nos parece problema, carecendo de estudo, análise e reconstrução”.

Para esses autores: "Trata-se da construção de um processo de ensino-aprendizagem dialógico e investigativo que viabilize a troca de experiências e a construção/reconstrução/significação de conhecimentos" (ELLERY et al, 2013, p. 447).

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo de ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento (CARDOSO, 2013, p 20).

Contextualiza o trabalho no SUS como local de ensino-aprendizagem, educação permanente e cenário de prática para gestores, profissionais e discentes das instituições formadoras, e ressalta que "os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários" (BRASIL, 2005, p. 27).

A vivência no SUS e a problematização deve propiciar uma constante construção e reorganização das metodologias, planejamentos e propostas pedagógicas dos cursos de saúde a fim de formar gestores e profissionais cada vez mais preparados para atuar no sistema, em especial na atenção básica, e que vejam o sistema como um mercado de trabalho promissor para suas carreiras. É através da problematização da prática, que os profissionais irão exercitar a grupalidade, produzir subjetividade e através de sua realidade descobrir a chave para a resolução dos problemas, estruturação das práticas profissionais e dos processos de trabalho. Por meio da problematização orientando a busca do conhecimento, e pondo em cheque as formas instituídas de como agir, cuidar, gerir e formar (BRASIL, 2010; BRASIL, 2005; BRASIL 2004).

Para isso, há a necessidade de uma maior valorização tanto do sistema para sua consolidação e ampliação para atender as necessidades da população, como dos profissionais que são a engrenagem que faz com que o sistema funcione e cumpra sua responsabilidade constitucional de garantir saúde a todos de forma equânime, universal e integral e de orientação da formação do profissionais.

Revigorar o desejo de mudança e a força dos trabalhadores e dos coletivos para sustentar os processos disparados dependerá da habilidade de que os mesmos retomem o lugar de sujeitos de seu próprio destino em busca de práticas mais éticas e solidárias que resgatem a valorização da saúde e o direito à vida (BRASIL, 2010, p. 44).

Outro sentido que o repertório nos traz é a importância das IES na construção do SUS, no sentido de que serão formados perfis profissionais mais coerentes com os princípios do SUS, engajados no fortalecimento da atenção básica como norte do sistema, com

qualidade, responsabilidade, comprometimento com a gestão e atenção integral e acolhedora. Uma formação conectada com o que acontece no SUS é imprescindível:

O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS” (BRASIL, 2005, p 5).

O princípio da indissociabilidade é importante para o serviço e para a formação a fim de se pensar uma organização de trabalho que problematize seu cotidiano e tenha capacidade de pensar ações de serviço, gestão e formação de forma conectada e em rede. No caso da formação a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

A concepção de formação como intervenção se afirma na indissociabilidade entre pensamento e vida, entre invenção de si e de mundo, trazendo para o debate das políticas de formação em saúde o desafio teórico-metodológico de construção de práticas que incluam e sejam permeadas pelas experiências que os sujeitos-alunos trazem em sua história de relações nos territórios de vida-trabalho (BRASIL, 2010, p. 44).

Por isso, compete ao Ministério da Saúde, através de parcerias com o Ministério da Educação, estimular mudanças curriculares para formar profissionais e gestores com perfil adequado à atenção básica, através da graduação e pós-graduação (BRASIL, 2012). Na categoria seguinte descrevemos as principais estratégias sugeridas pelos documentos para uma nova formação e a principal discussão sobre as propostas de estratégia de ensino e estágio como foco da discussão da pesquisa.

### **7.6.2 Estágio**

A categoria Estágio teve o menor repertório dentro todos os documentos do Ministério da Saúde. Muito pouco se fala sobre o estágio curricular de forma direta, as poucas palavras que surgiram no repertório nos ajudam a pensar um indicativo de proposta pedagógica para a organização dos estágios curriculares. Elas seguem a linha das proposições da categoria estratégias de ensino que, resumidamente, são centradas na atenção básica, integralidade e no aprendizado com a prática.

Visualizamos facilmente nas propostas de atividades práticas e de estágio uma ruptura com o modelo tradicional de ensino que organiza o estágio como um momento final do curso e com atividades centradas em técnicas, com atividades no início do curso limitadas aos laboratórios da área básica (BRASIL, 2005). A nova proposta de estágio é transversal à

formação profissional, desde os momentos iniciais da graduação: ao longo de todo o curso, educação, estágios, propiciar, vivência.

Estágio ao longo do curso é o primeiro sentido que dialoga com uma nova estratégia de ensino estimulada pelo MS. Nessa proposta o estágio deixa de ser uma atividade finalística do curso em que estudante vai por em prática os conhecimentos acumulados e passa a fazer parte do cotidiano do curso, tornando assim a formação mais significativa e conectada com o SUS. Essa prática garante que todos os atores estejam envolvidos no processo de ensino-aprendizagem objetivando “capacidade de autonomia profissional e política do aluno” (WERNECK, 2010, p. 229).

A aproximação do estudante e, conseqüentemente, da academia com os serviços de saúde propiciará o contato com os principais problemas do serviço. Através da busca de respostas e de capacitação para a resolução desses, estaremos incentivando o empoderamento e a autonomia desses estudantes no uso da pesquisa e será base para o planejamento educacional das instituições de ensino. A problematização das questões do cotidiano dos serviços estimula a identificação de lacunas no conhecimento e habilidades que ajudarão a adquirir meios que viabilize a resolução desses problemas tornando a aprendizagem e o conhecimento instituições flexíveis. Quando a problematização estiver bem colocada, emerge a noção de conhecimento flexível e discutível, na qual toda pesquisa chama mais outra, indefinidamente (DEMO, 2011).

Toma centralidade na discussão a PNH com princípios apresentados em torno de uma formação-intervenção<sup>18</sup>, exaltando a inseparabilidade entre formação/intervenção, gestão/ atenção e análise dos saberes, poderes e afetos que permeiam as relações, estimulando o protagonismo dos sujeitos para aprender-fazendo e fazer-aprendendo. Possibilitando que a formação se efetuassem como criação de formas de ação e não como “fôrma” modelar (BRASIL, 2010).

Outro sentido produzido pelo repertório que exprime a prática como estratégia de ensino na formação dos profissionais é o que fala em atividades extramurais, cenários de práticas, desinstitucionalização, diversificação dos cenários de prática, diversificação, unidades básicas.

---

<sup>18</sup> PNH sustenta sua formação-intervenção em práticas concretas, nas quais seus princípios, diretrizes e dispositivos operam e são produzidos coletivamente, envolvendo os diferentes atores – usuários, trabalhadores e gestores – na busca da ampliação dos graus de autonomia e protagonismo de todos de modo a fomentar redes cada vez mais abrangentes e conectadas aos princípios do SUS. (BRASIL, 2010, p. 74).

O estágio se torna um agente de formação permanente em saúde ao passo que contribui levando ao serviço questões da academia que problematizam o serviço na busca de conteúdos para a resolução de problemas reais, essa problematização da realidade deve ser um importante *feedback* para o planejamento de conteúdos das disciplinas e atividades realizadas nas graduações, com a finalidade de contribuir com a construção de ações no cotidiano dos serviços.

O Ministério da Saúde, BRASIL (2005) prevê como mudança nas atividades de estágio, como vetor para atingir a meta de maior diversificação de cenários do processo de ensino:

Atividades extramurais em unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade; atividades clínicas desenvolvidas em unidades de atenção básica da rede do SUS, majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS. Internato para os cursos de Medicina e Enfermagem, ou estágio para o curso de Odontologia desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS (BRASIL, 2005, p. 28).

Um modelo que estimula a diversificação dos cenários, a vivência na realidade do SUS, atividades interdisciplinares e multidisciplinares e para isso “A preceptoria externa, ou seja, a participação dos profissionais dos serviços de saúde na supervisão dos alunos é um elemento pedagógico fundamental” (WERNECK, 2010, p. 226).

Em relação às atividades fora do contexto formal de sala de aula, outro sentido sinaliza uma preconização dos cenários do SUS como lócus para o desenvolvimento das atividades práticas dos cursos, a necessidade de conhecimento da realidade do SUS, diversificação desse cenário de prática e viabilização da inserção de discentes e profissionais nessa realidade desde o início do curso. Esse conjunto de sentidos é constituído pelas palavras: necessidades locais, dimensão cuidadora, interdisciplinar, multiprofissional, trabalho em equipe, realidade do SUS, redes do SUS, oferta, Política, práticas integradas.

Como abordado no repertório do SUS como local de formação, os princípios e diretrizes são nortes para o planejamento em saúde e a integralidade deve ser meta na atuação dos profissionais. A Atenção básica é a norteadora e porta de entrada do sistema em seus diversos níveis e deve ser preconizada como porta de entrada dos discentes na realidade do SUS. Por isso, é fundamental que a formação que visa preparar esses discentes para o contato com o sistema se oriente pelos mesmos princípios sinalizados pela Política nacional de Atenção básica que visa um serviço guiado pelos princípios: da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

Esses cenários, bem como os serviços, não se limitam a espaços físicos que possam caracterizar um serviço de saúde como hospitais e clínicas. Assim como a atenção básica é a porta de entrada do sistema, e tem como estratégia promover uma saúde mais próxima da vida da população, a formação deve seguir os princípios e diretrizes dessa política que é a norteadora do sistema (BRASIL, 2012).

O atual direcionamento para a formação explicitado pelos documentos do Ministério da Saúde apresentam uma formação direcionada aos princípios e diretrizes da atenção básica, com a integralidade como norteadora e a prática e a problematização dos processos de trabalho como principal procedimento metodológico para a formação de profissionais, seja na graduação, pós-graduação ou formação permanente em saúde. O trabalho aqui se torna parâmetro para a reinvenção constante de metodologias, conteúdos, pesquisas, mudanças nos currículos e direcionamentos para atividades práticas da graduação alinhadas com as necessidades da população que procura os serviços de saúde.

Com isso, “a concretização ou não do mundo do trabalho como espaço pedagógico significa uma intenção e só ocorre quando nele se implicam, como aprendizes e ensinadores, os profissionais, os professores, os alunos e os usuários” (WERNECK, 2010, p.227).

A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005, p. 27).

Outro sentido produzido em que há manutenção de um pensamento formal de produção do estágio representado pelas palavras aprendizagem de técnicas, Laboratório, majoritariamente ambulatorial, simulações da prática, qualificação da infraestrutura. Centra seu repertório na organização institucional pensando a infraestrutura com a presença de expressões como “implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas e aprendizagem de técnicas profissionais com características de trabalho em equipe (multiprofissional e interdisciplinar), segundo a dimensão cuidadora nas ações profissionais” e “Qualificação da infraestrutura para a diversificação dos cenários de prática” (BRASIL, 2003, p. 15).

A discussão, neste caso, é contextualizada por uma aproximação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras por meio de polos de educação permanente, prevendo assim, o fortalecimento do SUS como local de formação.

O desafio que se coloca no âmbito dos processos de ensino em estágios supervisionados curriculares, nos cursos de graduação, é a manutenção da garantia do repasse dos conteúdos técnicos necessários à viabilização do trabalho específico, sem abrir mão das dimensões político-educacionais, como componentes capazes de dar suporte a uma intervenção prática nas atividades dos futuros profissionais (CORREIA et al, 2009, p. 8).

Apesar de uma política que estimula a aproximação do ensino com o serviço, pouco se discute como essa aproximação deve ser feita com o intuito de aperfeiçoar o processo de aprendizagem e auxiliar que essa formação seja direcionada a um perfil esperado pelo Ministério da Saúde.

O conceito de problematização<sup>19</sup> é o principal norte para essa formação contextualizada que se pode discutir a partir dos caminhos sinalizados pelos documentos e com base nisso iremos discutir a problematização a partir dos conceitos abordados por Pedro Demo sobre aprendizagem na prática e pesquisa como procedimento metodológico e ambiente de formação.

A ideia germânica de fundo de que universidade só pode funcionar como agência de produção de conhecimento, não de mera transmissão, consolida-se finalmente. O compromisso com pesquisa, entretanto, não se restringe à competitividade imposta pelo mercado globalizado, mas adquire seu significado mais profundo com a formação dos alunos e professores. Isto sempre tem como preço o encarecimento da universidade, mas principalmente a redefinição dos docentes, já que se torna cogente que somente se pode dar aula daquilo que se produz, e os alunos comparecem para produzir conhecimento junto com seus professores. Entretanto, mesmo tornando-se agências de pesquisa sistemática, as universidades hesitam em assumir o desafio da mudança: tendem a responder à sociedade em mudança defendendo o status quo (DEMO, 2005, p 7).

O autor DEMO (2011) nos ajuda a pensar essa aproximação da prática aliada ao uso da problematização como estratégia de ensino, estratégia central das propostas de mudanças na graduação nos documentos do ministério da saúde que falam em uma formação direcionada a problemas que permeiam o trabalho e que são impulsos para: o aprendizado de habilidades, teorias e para mudanças na forma de organizar o trabalho na busca de soluções

---

<sup>19</sup> O Ministério da saúde propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2004a, 2004b, 2005, 2006, 2010).

para esses problemas. Ao contrário da aula instrucionista, a aprendizagem por problematização realiza uma “reengenharia da aprendizagem” (DEMO, 2011).

A própria noção de “problema” também acarreta pesquisa, como estratégia para dar conta de algo de que não se tem ideia clara, mas de que se pode montar uma ideia apropriada num processo sistemático e bem conduzido de pesquisa. Ao mesmo tempo, pesquisa sugere formação de autonomia e autoria, à medida que o estudante toma iniciativa e assume o compromisso de ir até ao fim (DEMO, 2011, p. 118).

O processo de formação para ser coerentes com as necessidades da população em relação às competências dos profissionais que atuarão no SUS deverá problematizar as formas existentes de formar, gerir e cuidar presentes no cotidiano dos serviços de saúde. “Demanda tomar os processos de trabalho, em seus impasses e desafios, como vetor fundamental na constituição dos processos de formação.” (BRASIL, 2010, p 16).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No Brasil, a construção do Sistema único de saúde se traduz em um desejo de construir um novo modelo de sociedade, ocorreu junto a um processo de redemocratização do país e até hoje está em processo de consolidação. Os desafios enfrentados pelo SUS para sua consolidação estão intimamente relacionados com uma política de estado que vem de encontro com a proposta revolucionária que é o projeto de saúde defendido pelo movimento da reforma sanitária, que vai de encontro a uma política que prioriza o sistema financeiro, o mercado e que tem pouco compromisso com as políticas públicas que visam garantir os direitos básicos dos cidadãos.

É o reconhecimento da importância do movimento da reforma sanitária e da participação popular na transformação da saúde e na conquista desse sistema único no mundo que destacamos quando discutimos uma reorientação no modelo de atenção e na formação dos profissionais de saúde.

A formação superior em saúde encontra-se em constante modificação, principalmente após a homologação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de saúde lançadas pelo Ministério da saúde em 2001 com o intuito de propor direcionamentos gerais para os cursos da área de saúde. Estratégias lançadas pelo governo sinalizam a pretensão de orientar a academia a dialogar com o serviço de saúde proporcionando o contato dos estudantes com os profissionais do serviço como parte do processo de formação. Esse contato, porém, acontece pontualmente durante o processo de formação se reduzindo a aulas práticas e

em um período maior durante o Estágio curricular supervisionado mostrando uma clara distância entre a educação desses profissionais e o trabalho em saúde.

É importante ressaltar o claro rompimento dessas políticas com o modelo tradicional de formação, que é centrado na aprendizagem de técnicas, limitado à exposição às aprendizagens no hospital universitário tendo a doença como base para sua intervenção (BRASIL, 2004). Os direcionamentos das políticas almejam formar profissionais para os diversos cenários do SUS sendo a atenção básica o mais importante por ser também a norteadora de todo o sistema em todos os seus níveis.

Apontam para a visualização de novos modos de formar alinhados com o SUS através de parcerias, articulações e construção conjunta e programações inter-programáticas que diminuam a distância presente entre os planejamentos da academia e do serviço. A integralidade da atenção e uma educação dos profissionais orientada para a integralidade, certamente são parte importante de um processo de mudanças com repercussão na sociedade, na gestão setorial e na identificação com os usuários das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004, p18). A proposta indica uma formação no trabalho e para o trabalho, e esse cenário de trabalho é o Sistema Único de Saúde em sua totalidade. A estrela guia para nortear a construção de ações para atingir esse objetivo é o próprio SUS, seus princípios, diretrizes e a Política de fortalecimento da atenção básica em saúde.

O ápice da discussão de formação está na proposta de estratégias de ensino diferenciadas para que a formação em saúde seja centrada na prática como estratégia metodológica desde o início dos cursos, direcionada para a integralidade, problematização e inclusão. Então, bora junto prá a rua, conhecer o serviço, conhecer as pessoas, dialogar sobre a realidade do sistema e seus desafios a fim de aprender a produzir soluções e construir ações.

A problematização das questões do cotidiano dos serviços estimula a identificação de lacunas no conhecimento e habilidades que ajudarão a adquirir meios que viabilize a resolução desses problemas tornando a aprendizagem e o conhecimento instituições flexíveis e constantes como a construção de Tecla no conto de Calvino. Quando a problematização estiver bem colocada, emerge a noção de conhecimento flexível e discutível, na qual toda pesquisa chama mais outra, indefinidamente (DEMO, 2011).

A inclusão de todos os atores se abrange desde a elaboração das propostas de formação à auto avaliação do processo que tem como responsabilidade a exposição dos processos para aprimoramento, uma avaliação que inclua usuários e discente, e que desenvolva reflexões sobre a situação atual, incluindo informação sobre a estrutura curricular

e o processo de ensino, a capacidade instalada de profissionais e materiais, a participação nos serviços assistenciais e os problemas identificados (BRASIL, 2005).

A responsabilidade de tais aproximações e parcerias incluem todos os atores das IES (discentes, docentes, residentes, tutores, pesquisadores) e do Serviço (gestores, profissionais e usuários), nessa proposta todos podem e devem participar do processo de construção do SUS e da formação. Através da discussão da problematização como objetivo de inserção do aluno na prática desde o início do curso e da importância da intervenção como objetivo vemos que o que precisa mudar é o comportamento existente entre os atores principalmente em relação a hierarquização.

A construção da formação ainda está muito centralizada nos cursos, mais especificamente nos docentes, tendo pequena participação dos discentes. Trago para ilustrar tal relação de hierarquização a experiência de propor a participação de usuários e profissionais preceptores na discussão acerca das mudanças no currículo do curso de nutrição UFAL e os saberes dos atores ligados ao serviço foram colocado aquém daquele presente na academia. O argumento foi que “Eles vão atrapalhar” na construção de uma proposta de mudança no projeto pedagógico, não vendo que quem mais vivência o sistema e a inserção dos estudantes nesses cenários são exatamente os profissionais e os usuários. É preciso romper com esse modelo hierárquico e permitir o diálogo, a troca de saberes.

O repertório específico sobre estágio foi pequeno, e ao mesmo tempo grande visto a contribuição das discussões traçadas pelas demais categorias. Estágio ao longo do curso é o primeiro sentido que dialoga com uma nova estratégia de ensino. Nessa proposta o estágio deixa de ser uma atividade finalística do curso.

Um conceito interessante para se pensar as atividades práticas presentes PNH é a de formação-intervenção exaltando a inseparabilidade entre formação/intervenção, gestão/atenção e análise dos saberes, poderes e afetos que permeiam as relações, estimulando o protagonismo dos sujeitos para aprender-fazendo e fazer-aprendendo.

Apesar de não existir uma proposta pedagógica rígida direcionada exclusivamente para o estágio, fica claro nos documentos do SUS que formação se quer construir para os profissionais de saúde. Através de seus princípios, visando o atendimento das necessidades da população, ele explicita em uma conversa bem direcionada que a atenção básica, a integralidade, equidade, universalidade, a problematização das questões concretas do

sistema, a humanização das relações entre todos através de atitudes menos hierarquizadas, a inclusão e a avaliação formativa são o “céu estrelado” que se pretende ver ao construir as ações concretas de formação, com o objetivo principal promover a aprendizagem dos atores para que sejam mais participativo e autônomo.

O que vemos nesses princípios é o desejo de que as pessoas se encontrem, conversem, convivam dentro do sistema de forma igualitária, que todas as relações sejam processos de acolhimento. Por fim, mesmo que haja uma proposta pedagógica consolidada em um projeto pedagógico, com normas bem elaboradas e atividades padronizadas com o objetivo de direcionar a formação para que ela não se perca ou não atinja os objetivos, é a partir das relações viabilizadas dentro dos cenários do sistema único de saúde e da co-responsabilização dos atores com a busca de soluções para as inquietações do cotidiano que a formação acontece de forma flexível e dinâmica.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALBUQUERQUE V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro: v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, L. P. V. G. de; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Bras Enferm**. Brasília: v. 6,1 n.1, p. 31-5, 2008.

BANDUK, M. L. S; RUIZ-MORENO, L; BATISTA, N. A. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. **Interface comun. Saúde. Educ.** São Paulo: v.13, n. 28, p. 111-120, 2009.

BERGAMIM, M. D, PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 66, n. 1, p. 134-7, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da União**. Brasília, 07 Ago. 2013.

BRASIL. 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 da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 Dez.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília, 30 Dez, 2010.

BRASIL. Ministérios da Educação. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 Abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único De Saúde**: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 Set. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: SGTES. 2004a, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: DF, 2004b. 299 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Conferência Nacional dos Recursos Humanos para a Saúde**: Relatório final. Brasília, DF, 1986. 53p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 1ª edição Brasília, DF: SGTES. 2009, 64 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **SUS um sistema de saúde único no mundo**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008; Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET - Saúde. **Diário oficial da união**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF: SGTES 2005. 77 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª edição. Brasília, DF, 2012. p, 114

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília, DF. 2010. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília, DF. 2010. 44p

BRAVO, M. I. S. Política de saúde do Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2001. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 10 de Jan. 2013.

CARDOSO, I M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude soc.** São Paulo: v. 21 pg.18-28, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de Julho de 2013. .

CARVALHO, M. V. **Ética profissional e memória: a busca de identidade dos nutricionistas no Brasil.** p. 165, 2001. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Memória Social e Documento. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro. 2001.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **Revista brasileira de educação médica.** Rio de Janeiro: v.24, nº 3. 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.7, n.2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. 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, 2004 a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis.** Rio de Janeiro: v.14 n.1 p. 41-65. 2004b.

CORREIA, A. A. Necessidades dos Serviços e Exigências da Academia: uma Articulação Possível. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v 13, n 1, pg. 7-12, 2009

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida? **Rev. nutr.** Campinas: v. 22, n.1, p. 97-104, 2009.

CURY, C. R. J. Reforma universitária na nova lei de diretrizes e bases da educação nacional. **Cad. Pesq. Universidade Federal de Minas Gerais**. Minas Gerais: n. 101, p. 3-19, 1997.

CYRINO E. G; PEREIRA M. L. T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n.3, 780-788. 2004.

DEMO, P. **Politicidade**: razão humana. Campinas: Papyrus, 2002.

DEMO, P. Aprendizagem por problematização. **Sinais Sociais**. Rio de Janeiro: v.5, nº15, p. 112-137. 2011

DEMO, Pedro. Aprender em equipe. **Revista Educação Skepsis** [online]. V. 1 Ano 0, p. 266-291, 2010.

ELLERY, A. E. L; BOSI, M. L. M; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude soc.** São Paulo: v. 22, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de Julho de 2013.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo: v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: v. 14, n. 3, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GEUS, L. M. M. *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 16, p.797-804, 2011.

HADDAD, A. E. 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, 2010.

IÑIGUEZ, L. La Psicología Social en la encrucijada pos construccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, N. M. de F. (Org.). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo.** Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 15-53, 2004.

JAEGER, M. L. *et al.* Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria da Saúde na Gestão Democrático-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. **Bol. da Saúde,** v. 14, n. 1, 2000.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MANCEBO, D; MAUÉS, O; CHAVES, V. L. J Crise e reforma do Estado e da Universidade Brasileira: implicações para o trabalho docente. **Educar.** UFPR, Curitiba: n. 28, p. 37-53, 2006.

MATTOS, R. A. “Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) – **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. IMS: ABRASCO, 2001.

MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe.** 2006, 168f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2006.

MELLO, R. P. *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.** Porto Alegre: v. 19, n. 3. 2007.

MERHY, E. E; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. 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, E; (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE, 2004, p. 45-76.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. **Ver-SUS Brasil:** caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137.

MERHY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público.** São Paulo: Xamã, 1998.

MORAIS, F. R. R. *et al.* A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre: v. 31, n. 3, 2010.

OLIVEIRA, I. B. *et al.* A ordem antes do progresso: o discurso médico – higienista e a educação dos corpos no Brasil do início do século XX. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais.** Uberlândia: v. 9, a. 9, nº 1, 2012.

PAULUS JÚNIOR A; CORDONI JÚNIOR L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina: v.8, n.1, p.13-19, 2006.

PAGLIOSA F. L; ROS M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista brasileira de educação médica.** v. 32, n. 4, p. 492 – 499, 2008

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Percepção de professores e estudante em relação ao perfil de formação de nutricionista em saúde pública. **Rev. Nutr.** Campinas: v.25, n.5, p.632-643, 2012.

RECINE, E. *et al.* A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Rev. Nutr.** Campinas: v. 25, n. 1, 2012.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde as diretrizes curriculares. **Bol. Saúde.** v.18, n.1, p. 87-98, 2004.

ROSA, A. R.; TURETA, C.; BRITO, M. J. Práticas discursivas e produção de sentidos nos estudos organizacionais: a contribuição do construcionismo social. **Revista Contemporânea de Economia e Gestão.** Fortaleza: v 4 n. 1 p. 41-52. 2006

SCLIAR M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: v. 17 n.1, 29-41, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In. MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). . **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

SOARES, N. T; AGUIAR, A. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.** Campinas: v. 23, n. 5, 2010.

SOARES, N. T. **Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional: perspectivas de docentes do Ceará**. 2007. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de medicina social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SPINK, P. K. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, P.K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicol. Soc. [online]**. Belo Horizonte: v. 15, n.2, p. 18-42, 2003.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK M. J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, pp. 63-92. 1999.

\_\_\_\_\_. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK M. J. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Edição virtual. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 42-70. 2013.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentido no cotidiano**. Rio de Janeiro. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2004.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo Perspec.** São Paulo, v. 17, n. 1, 2003.

WEIMER, M. **Learner-centered teaching: five key changes to practice**. New York: Jossey-Bass, 2002. Disponível em: <http://docushare3.dcc.edu/docushare/dsweb/Get/Version-8747/Learner-Centered-Teaching1.pdf>. Acesso em 12 de Março de 2015.

WERNECK, M.A. F; SENNA, M. I. B; DRUMOND, M. M.; LUCAS, S.D. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15, n.1, pp. 221-231. 2010.

## APÊNDICE A

### AMOSTRA DE MAPA DIALÓGICO – DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOCUMENTO: BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de Agosto de 2008; Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET - Saúde. Diário oficial da união. Brasília, DF, 2008.

Categorias										
Construção do SUS					Estratégias de ensino.	Interação Ensino-serviço - comunidade	Educação Permanente em saúde	Estágio	Atribuições dos profissionais da rede de saúde	Outros
Importância	Princípios e valores	Papel das IES na construção do SUS	Atua l modelo de formação	SUS como local de formação						
										1 – 6 MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO MINISTRO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – GABINETE DO MINISTRO PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 1.802, DE 26 DE AGOSTO DE 2008. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção I, p. 27 Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.

Categorias										
Construção do SUS										
Importância	Princípios e valores	Papel das IES na construção do SUS	Atua 1 modelo de formação	SUS como local de formação	Estratégias de ensino.	Interação Ensino-serviço comunidade	Educação Permanente em saúde	Estágio	Atribuições dos profissionais da rede de saúde	Outros
						7 - 9 O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE E O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso das atribuições que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e				



<p>humanos para a área da saúde, regulamentada pelo Decreto de 20 de junho de 2007, que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;</p>										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**APÊNDICE B**  
**REPERTÓRIO LINGUÍSTICO DOS DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Docu- mentos	Categorias										
	Construção do SUS					Estratégias de ensino	Interação Ensino-serviço - comunidade	Educação Permanente em saúde	Estágio	Atribuições dos profissionais da rede de saúde	Outros
Importância	Princípios e valores	Papel das IES na construção do SUS	Atua l modelo de formação	SUS como local de formação							
Aprender - SUS	construção; construída; oferecendo; importante ;contribuiçã o; formulações; proposições; organizam a saúde;	conceito ampliado de saúde; ação intersetorial; integralidade da atenção; atenção integral; e humanizada; à população brasileira; “formação ainda é alheia”; cuidado à saúde; <i>políticas do</i>	Construção; modelos; conservadores; aprendizagem da integralidade; acompanhadas; pesquisadores; investigação; conhecimentosp ecífico	Fisiopatolo gia; anatomo-clínica; procedime ntos; equipament os; diagnóstico ; terapêutico s; limitados; aprendizag em no hospital;	Cotidiano; relações; atenção; gestão; Cuidado á saúde; aprender; ensinar; formando para o SUS; conhecimen to do SUS; compromiss o;	Promover mudanças na formação; conceitos; princípios; debates; proposições; inovações; ensino-aprendizagem; técnico-	Impermeá vel; controle social, usuários; equipes, organizaçõ es interesses do usuário, autonomia , intervençã o; gestão setorial;	Desenvolvim ento; competência; trabalho; polos de educação permanente; hospitais de ensino; projetos;	Laboratório; praticas integradas; aprendizagem de técnicas; trabalho em equipe, multiprofissi onal; interdisciplin ar; dimensão cuidadora		

Documento	Categorias										
	Construção do SUS					Estratégias de ensino	Interação Ensino-serviço - comunidade	Educação Permanente em saúde	Estágio	Atribuições dos profissionais da rede de saúde	Outros
Importância	Princípios e valores	Papel das IES na construção do SUS	Atuação modelo de formação	SUS como local de formação							
VerSUS	Desafios; a gente precisa falar mais de SUS; mobilizou;	Profissionais críticos; efetivar integralidade; educação significativa; saúde coletiva; gestão; princípios do SUS; multiprofissionalidade;	hospitalocentrica; medico-centrada; procedimento-centrada; cultura acadêmica; aproximação; docente; discente; apoio;	mudanças; ausência de conteúdos sobre o SUS, procedimentos; recursos humanos; especialista, hospital; consultório partícula; ambulatorial;	Vivência; experimentação; realidade; protagonistas, desafios; recursos humanos; despreparo; técnicas biomédicas; saúde coletiva; acolhimento, higienista; organização	mudança; graduação; especialização; práticas inovadoras; transformações; residência, aperfeiçoamento especializado; desempenho técnico; prática clínica,;	Educação popular em saúde; estudantes universitários; atores sociais; docentes; dirigentes universitários; parceria; movimento estudantil; necessidades da população, fortalecimento do SUS; relações; cooperação; gestores;	ordenar; formação; recursos humanos; desenvolvimento; educação permanente; educação continuada; cooperação técnica interinstitucional;	Política; educação.; estágios; vivência; realidade do SUS; oferta; propiciar;	-	

Docu- mentos	Categorias										
	Conquista do SUS					Estratégias de ensino	Interação Ensino- serviço - comunidade	Educação Permanente em saúde	Estágio	Atribuições dos profissionais da rede de saúde	Outros
Importância	Princípios e valores	Papel das IES na construção do SUS	Atua l modelo de formação	SUS como local de formação							
PNAB	Atenção Básica, descentraliza- ção, capilaridade, 'mais próximo da vida das pessoas', porta de entrada, comunicação, a Rede de Atenção à Saúde, sistema de saúde público, universal, integral	universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social, ordenação das Redes de Atenção, acolhedora, resolutiva, democráticas, participativas, atenção	-	-	Qualificação, mudanças curriculares, graduação, pós- graduação, formação de profissionais e gestores, perfil adequado à atenção básica,	-	'perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem', diferentes populações, perto da casa das pessoas, trabalhadores, trabalhadoras, gestores, gestoras, atores sociais, estudantes da rede básica,	valorizar os profissionais, qualificação dos serviços, instrumentos técnicos e pedagógicos, articulação de instituições, Articular instituições, parcerias, 'qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular', "estratégia de gestão", provocador de mudanças, "no trabalho,	-	Territorialização, mapeamento, cadastramento, ações de atenção à saúde, promoção, proteção, recuperação, prevenção, atendimento da demanda espontânea, acolhimento dos usuários, escuta qualificada, atendimento. Humanizado,	-

## APÊNDICE C

### REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS POR CATEGORIAS

Sentidos produzidos

Repertórios Linguísticos

Importância das políticas para o SUS: A gente precisa falar mais de SUS; a Rede de Atenção à Saúde, acesso universal e contínuo, ações setoriais e intersetoriais, ampliação, aperfeiçoamento; apoiadores; articula; assistência humanizada; Atenção Básica, capilaridade; clínica ampliada, coletiva; comprometida; comunicação, conquistas democráticas; consciência; Construção; construída; contribuição; co-responsabilização, cuidado integral; cuidado; custos; democrática; desafiadora; desafios; descentralização, desenvolvimento; desvio; diretrizes; em equipe, entaves, equidade; equipe multiprofissional; especialização; estágios; expansão; formação integrada inovadora; formar; formulações; fortalecimento; fundamentos; gestão; impacto na situação de saúde, importante; incluir; integral gratuita, integralidade; interdisciplinar, intervenção; intervir; lutas governamentais; lutas institucionais; lutas populares; mais próximo da vida das pessoas; mobilizou; multiprofissional, novas atitudes; novas éticas; oferecendo; ordenação da formação; organizam a saúde; organizar o trabalho; participação; planejamento, política de formação; porta de entrada aberta e preferencial da rede; princípios do SUS; princípios, programação descentralizada, promoção, proposições; ,qualidade, qualificação; qualificar; radical; reforma sanitária; relação custo-efetividade. reorientação do processo de trabalho; resolubilidade, responsabilidade constitucional; responsabilidade; resultados, Ruptura; sistema de saúde público, soluções; tensionado; trabalho; Transformação; tripartite, um processo centrado no usuário, universal, universalização, viabilizar; vivência.

Princípios e valores: Acadêmica; Ação intersetorial; ação-reflexão-ação; acessibilidade, acesso universal e contínuo; ações setoriais acolhedora, Acolher; acolhimento; apoiar; aprender fazendo; aprendizagem organizacional; atenção básica; atenção integral; autonomia, capacidades;

capilarização; cidadania ; científica; Clínica Ampliada; coerência ; compartilhamento; competências; conceito ampliado de saúde; Contextualização; continuidade do cuidado; co-responsabilidade; corresponsabilização, critérios; cuidado à saúde; cuidado integral; cuidado; cuidar; culturais; cumplicidade; cura; democracia; democráticas, descentralização; desestabilização; dialógica; diferentes cenários ; dimensão cuidadora, direitos; dizibilidades; educação dos profissionais orientada para a integralidade; educação significativa; efetivar integralidade; elevada qualificação; em equipe; ensino; equidade, equipe multiprofissional, equipes matriciais, escuta; espaços-dispositivos-instrumentos; espírito crítico; estabilizações; estratégias; éticas ; ético-político; experimentação; formação; formação-intervenção; formar; função social; gerir; Gestão democrática; gestão participativa; gestão; grupalidade; hierarquização; Horizontalizar; humanização, humanizada; ideológicas; inclusão; indissociabilidade; inseparabilidade; institucionais; integralidade da atenção; integralidade; interdisciplinar, intervencionista; modelo pedagógico; modos de subjetivação; movimentos; mudança; multiprofissional, multiprofissionalidade; multivetorialização; necessidades sociais; normas; objetos-saberes; olhar; ordenação das Redes de Atenção; orientados pela integralidade; participação social; participativas; pesquisa; planejamento; políticas do cuidado; políticas; porta de entrada aberta e preferencial da rede; práticas inovadas; princípios do SUS; diretrizes do SUS; problematização; Profissionais críticos; programação descentralizada, projetos de humanização; protagonismo; qualidade; redes; reflexão; regulação; reorientar ; resolutiva; resolutividade; resolver problemas; responsabilização; saúde coletiva; saúde/doença; sensibilidades; solidariedade; subjetividade; técnica; tecnológica; trabalho em saúde; transdisciplinar; transformar; transversalidade; um processo centrado no usuário, uma prática social; universalidade, Valorização do trabalho; valorização; verdades; vínculo, visibilidades;

Papel das IES na construção do SUS: Ações; Acompanhadas; adequação; apoio; aprendizagem da integralidade; aprendizagem tutorial; aproximação; articulação Inter programática; articulação; atividades acadêmicas; bolsistas; Capacitação pedagógica; capazes; clínica aplicada; coletiva; conhecimento específico; conhecimento; conservadores; Construção; corporações; corpo docente; criativo eficaz, cultura acadêmica; diretores; discente; disseminação, docente; educação à distância; educação permanente; educação pós-graduada; ensino; esforços; especialização; excelência; formação de docentes; formação integral; formar-intervir-mudar; função social; . geração de informação; gestão; instalações; integrada; intelectuais; interdisciplinar; interdisciplinar; intervenção; investigação; liberdade; medico-centrada; mobilização, modelos; mudança

na graduação; mudanças curriculares; núcleos de excelência; orientadores; padrões de qualidade; parceria; participação; partilhado, pesquisadores; pesquisas; poder ; práticas; preceptores; privadas, procedimento-centrada; processos de mudança; professores; protagônico; publicas ; reorientação; residência médica; residentes; resolubilidade; responsabilidade social; responsáveis; saberes; serviço; sujeitos; técnica; política; tutores;

Atual modelo de formação: “cascata” de encontros; “como deveria ser”; “descapacitados”; “humanizar os desumanos”; “mórbido-centradas”; “preceitos”; “produtos enlatados”; “regras do jogo”; “treinaria”; ”status quo”; absolutos; abstratas; ‘desencarnadas’; acrítica; administração burocrática de pessoal; administrado; agravos; alta tecnologia; ambiente didático; ambulatorial; anatomo-clínica; aplicação rápida; aprendizado dos adultos; aprendizagem no hospital; assistenciais; atualização; aulas expositivas; aulas; ausência de conteúdos sobre o SUS; avaliativo; bricolagem; capacitação; centrada em categorias; centrada nos médicos; centrado no professor; clientelas; comportamento; conhecimento acadêmico; conhecimento empacotado; conhecimentos adquiridos; consultório partícula; consumo; controlado; correção; crescimento em extensão; crise; cuidado; cumulativo; curativo; custos; descendentes; desconexões; desenho flexneriano; diagnóstico; dicotomia; dicotômico; direcionalidade; disciplinar; disciplinas fragmentadas; dissociação; dissociam; Distanciamento; doenças; dualista; educação continuada; enfoque cognitivo; equipamentos; especialismos; especialistas; especialização; etiologia; evidências; financeiramente insustentável; Fisiopatologia; fragmentação; fragmentados; hierarquias; hierarquizações; homogênea; homogenizadoras; hospital; hospitalar; hospitalocêntrica; humilhação social; imediatismo; incentivos explícitos e implícitos de funcionamento; instituição-especialismos; interações; intercâmbios linguísticos (semânticos); isolada; isolamento; isolando do contexto; isolando; limitados; lógicas diferenciadas de trabalho; medicalizadora; medicamentos; medido; mercado privado; mesmas tecnologias; mesmos conceitos; metódica; metodologias tradicionais; métodos; modelo escolar; modelo médico-hegemônico; mudanças; multiplicadores; não-envolvimento; normas; normativa; objetivo pontual; parcelada; passe de mágica; perspectiva bancária; pessoas previsíveis; “transmissionista”; polaridades; porta de entrada; prática de prevenção; Prática clinica assistencial; práticas segmentadas; prescritiva; problemas práticos; procedimento-centrada; procedimentos; produzir mudanças; profilaxia; prognóstico; propositivo; raciocínio; reciclagem; recursos humanos; reforma organizacional; reformulação dos comportamentos; regulações; relação de poder;

remodelação; reorientação; reunião; rituais; rotinas de trabalho; rotinas; saber acadêmico; sem sequencia constante; sensibilizar; separação; serviços isolados; sistema de credenciais; técnicas de trabalho; técnicas de transmissão; técnico-científica; tecnologia; tecnologias, tempos necessários; tempos produtivos das máquinas; teorias de aprendizagem; terapêuticos; traços mais clássicos; tradições; trajetórias históricas; transmissão de conhecimentos; transmissão escolar; transmitir; transmitirão conhecimento; tratamento; treinamento; tuteladora; verticalizados; visão instrumental; visão muito restrita; visão simplificada;

SUS como local de formação: “espaço por excelência”; “me vejo trabalhando no SUS”; “no SUS e para o SUS”; a partir da prática; acadêmica; acolhimento; apoiadores; apoio; aprender; aprendizagem tutorial; Aproximação; atenção básica; atenção integralizada; atenção primária; atenção; atores sociais; atribuições finalísticas; atribuições; cenário de prática; científica; competência; comprometimento; compromisso; comunicacional; concepções de saúde; conectados; conhecer a rede; conhecimento da gestão; conhecimento do SUS; constitucional; construção coletiva; contra-referência ; convênio; cooperação técnica; corporativa; Cuidado á saúde; debate; desafios; desconhecimento; desenvolvimento; desenvolvimento; despreparo; diretrizes constitucionais; diretrizes; diversidade; efetividade; engajamento; ensinar; ensino-aprendizagem; estágio; estatal; estudos; excelência; experimentação; formação de profissionais e gestores; formando para o SUS; função gestora; gestão descentralizada; gestão; graduação; higienista; hospitais universitários; imersão; indução; inserção; inserção; integradas; intercâmbio; intervir; mercado de trabalho; mudanças curriculares; necessidade; ordenador; ordenar a formação; ordenar; organização curricular; organização do sistema; orientar; parceria; participação da população; pedagógica; perfil adequado à atenção básica; perfil; pesquisas; política de saúde do país; política; pós-graduação; prática educacional; práticas pedagógicas no SUS; princípios; profissional; programa saúde da família; protagonistas; qualidade; qualificação da atenção à saúde; qualificação; reajustar conteúdos; realidade; recursos humanos; rede de serviços, referência; reforma sanitária; relações; reorientação; resolubilidade; responsabilidade constitucional; responsabilidade; saúde coletiva; técnicas biomédicas; tecnológico; unidades assistenciais; Vivência;

Estratégias de ensino:

*Formação integral dos trabalhadores da saúde:* aperfeiçoamento especializado; atualização profissional; capacitação; desenho educacional; Diretrizes curriculares nacionais; educação à distância; educação de adultos; educação operável; educação permanente; Ensino à Distância; especialização; estrutura curricular; geração de conhecimento; integração básico-clínica; pesquisa, planejamento; pós- graduação pro- saúde; qualificação contínua; residência; residências médicas; residências multiprofissionais; graduação; habilidades; inovações; oficinas regionais intervenção institucional; acervos bibliográficos; ações educativas; bases de dados; análise institucional; ensino-aprendizagem; evidências; excelência técnica; expansão; Desenvolvimento Organizacional; diretriz; livros; módulos; mudança institucional; preparar; produção de conhecimento; programas mestres; projetos; proposições; Qualidade Total; qualificação; recursos humanos; técnico-científica; teórico-conceituais; transformação do processo educacional; transformações; gestão estratégica; institucionalização; periódicos; reorientação; sistemática; adaptabilidade; estabilidade no tempo; novos acordos, objetivos.

*Intervenção, aprendizado na prática e responsabilização representado pelo repertório:* “aprender-fazendo”; “como se faz”, ação dos aprendizados, aprender a aprender; aprender-fazendo; aprendizagem com o SUS; conhecimento na ação; conhecimento prático; conhecimento útil; conhecimentos verificáveis; conhecimento em ação; coletiva; contexto; prática; contextos; coordenação de ações; construção diversidade de atores; encontro; encontros; encontros/atividades experiência; fazer-aprendendo intervenção coletiva formação-intervenção; investigação/intervenção mudanças nas práticas; multiprofissionalidade; observação consciente; ocupar lugar de sujeitos; para além do ambiente escolar; participação nos serviços; , Práticas inovadoras de integralidade; práticas inovadoras; práticas institucionalizadas; práticas; planos de intervenção ; problematização da prática; recursos tecnológicos; redes; Reengenharia Organizativa; sociologia das organizações; trabalho de equipe; campo de Vicência; cenários; estudos clínico-epidemiológicos; experiência profissional; experimentação; orientador; situações de trabalho; formação; facilitador; factibilidade das propostas; flexibilidade; coerência; interferir; limitações; repertório de compreensão; saberes; sensibilizar ; situação crítica; situações de trabalho; sugestões ; valorizar.

*Mudanças para uma aprendizagem mais significativa:* o que aprender; o que desaprender; “avaliação formativa”; acompanhamento avaliativo; “rodas de conversa avaliativas”, “regras do jogo”, auto avaliação; avaliação; avaliações de processo; autoanálise; análise; comparação; compartilhamento; corresponsabilização; críticas; sugestões ; análise crítica;

*Uma proposta organizada e conjunta entre a IES e o serviço:* estratégia construtivista; estratégia integrada; gestão educativa; grade temática; direcionalidade; roteiro; modelo macrocurricular; estruturação pedagógica; mudanças curriculares; soluções criativas; soluções inovadoras; intervenção educativa deliberada; ampliação dos referenciais; conceito de trabalho; conceitos; tríplice inclusão;

*Metodologias ascendentes:* participativa; compartilhada, “rodas de conversas”, reflexão; análise crítica da atenção básica; aulas dialogadas; desenvolvimento da capacidade; de institucionalização; desnaturalizando; dialogar; dinâmica modular; debates; espaço não neutro formação de ativadores de mudanças; fundamentação conceitual; inversão metodológica; método da roda; grupalidade; metodologias ascendentes; mudança metodológica; pensamento crítico dinamizador; produção de realidade; produção escrita; problematização; reflexão crítica; reflexões; subjetividade; trocas; comportamento; concentração; conhecimentos; consciência; exposição dialogada; construção dos conhecimentos;

*impactos das ações formativas no cotidiano:* acolhimento, “efeitos”; atenção integral ; integralidade; modificar status quo; prática clínica; prestação de serviço; princípios; saúde coletiva; rotinas de trabalho; abordagem integral clínica; enfrentamento.

Interação Ensino- serviço –comunidade: ‘necessidades de saúde dos usuários’; ‘perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem’; ‘relação horizontal, contínua e integrada’; ‘ gestão compartilhada da atenção integral’; afetividade; apoio; autonomia; confiança; conhecer; continuidade da relação clínica; demandas da população; aproximação; atenção básica; atenção; ativo; distanciamento; engajar o usuário; relações; necessidades da população; parceiros; parceria; parcerias; perto da casa das pessoas, ; quem cuida de quem? vinculo; academia; agentes sociais; atores sociais; atores; cidadãos; coletivo estudantil; coletivo; associações de ensino; controle social; corpo docente;

diferentes populações; dirigentes universitários; discentes; docentes; estudantes; universitários; estudantes; executivas de estudantes; federais; municipais; formadores; equipes escola integrada; estaduais; estudantes da rede básica; gestor municipal; gestores; Instituição de Ensino Superior; instituições formadoras; instituições; movimento estudantil; movimentos sociais; recursos humanos; insuficiente articulação; interesses do usuário; participação popular; participação; pessoal do serviço; poder público; populações; preceptoria; profissionais ; público-alvo; pessoal do serviço; poder público; sociedade; sujeitos de sua saúde; sujeitos trabalhadores; sujeitos-trabalhadores-moradores; trabalhadoras; trabalhadores de saúde; trabalhadores; trabalho em equipe; trabalho; transformações sociais; troca de experiências; recursos humanos; reitorias; tutores; usuários dos serviços; usuários; usuários; aprendizagem; articulação; capacitação pedagógica; compreender; conquistas sociais; construção; cooperação; cooperação; coresponsabilização; coresponsabilizarem; discutir; ensino; Educação popular em saúde; educação; encontro, fortalecimento do SUS; fortalecimento; gestão participativa; gestão; inclusão social; integração docente assistencial; integração recíproca; interação ensino –serviço; formular; mobilizar; multiprofissionalidade; orientar; protagonismo; responsabilização; participação popular; participação; políticas ; projetos; reivindicações sociais; qualidade do cuidado; qualidade técnica; redes; relações; serviço público, serviços; sistema de saúde, graduação;

Educação Permanente em saúde: ‘qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular’; “estratégia de gestão”; “no trabalho; pelo trabalho e para o trabalho”; ações ; acompanhamento; apoio institucional; apoio; aprendizado; aquisição; articulação de instituições; articulação; Articular instituições; atenção à saúde; atualização; capacidade de gestão; competência; conceito pedagógico; conhecimentos; construção coletiva; construção; controle social; cooperação técnica interinstitucional; cooperação técnica; cooperação; Curso; desenvolvimento institucional; Desenvolvimento; diálogos; docência; educação à distância; educação continuada; educação na saúde; educação permanente; ensino; estratégia; estratégias contextualizadas; formação; gestão dos projetos ; gestão setorial; gestores; graduação; habilidades; hospitais de ensino; institucionalização; Instituições de ensino; instrumento; instrumentos técnicos e pedagógicos; integralidade; interfaces; interinstitucionais; intersetoriais; movimentos sociais; mudança institucional; oferta de diversas iniciativas; ordenar; parcerias; planejamento/programação educativa ascendente; polos de educação permanente; pós- graduação; práticas; processo permanente; projetos;

provocador de mudanças; qualificação dos serviços; qualificação; recursos humanos; redes; reflexão na ação; regional; relações orgânicas; sentido; serviço; sustentabilidade; trabalhadores; trabalho em equipes; trabalho; transformação das práticas; transformação dos serviços; transformação institucional; valorizar os profissionais; vida profissional;

Estágio: Ao longo de todo o curso; aprendizagem de técnicas; atividades extramurais; cenários de práticas; desinstitucionalização; dimensão cuidadora; diversificação dos cenários de prática; diversificação; educação; estágios; interdisciplinar; Laboratório; majoritariamente ambulatorial; multiprofissional; necessidades locais; oferta; Política; práticas integradas; propiciar; qualificação da infraestrutura; realidade do SUS; redes do SUS; simulações da prática; trabalho em equipe, unidades básicas; vivência;

Atribuições dos profissionais da rede de saúde: Ações coletivas; ações de atenção à saúde; acolhimento dos usuários; Acompanhar; atendimento da demanda espontânea; atendimento; avaliar; busca ativa; cadastramento; colhimento; consulta; continuidade da Atenção; educação em saúde; educação permanente; equipe; escuta qualificada; estabelecimento do vínculo; gerenciamento dos insumos; Humanizado; mapeamento; normativas técnicas; orientar; Praticar cuidado; reuniões de equipes; Preceptorial; prevenção, promoção; proteção; protocolos; recuperação; registro das atividades; Responsabilizar-se pela população adstrita; supervisão técnica; Territorialização; trabalho interdisciplinar; visita domiciliar.