

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

CARINE VENDRUSCOLO

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTOS DAS
INSTÂNCIAS DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE
REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA
SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

CARINE VENDRUSCOLO

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO MOVIMENTOS DAS
INSTÂNCIAS DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE
REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA
SAÚDE**

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

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado
Coorientadora: Dra. Maria Elisabeth Kleba

**FLORIANÓPOLIS
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vendruscolo, Carine

Integração ensino-serviço: : movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde / Carine Vendruscolo ; orientador, Marta Lenise do Prado ; coorientador, Maria Elisabeth Kleba. - Florianópolis, SC, 2014.

352 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 3. Política de Educação Superior. 4. Educação Continuada. 5. Formação de Recursos Humanos. I. Prado, Marta Lenise do . II. Kleba, Maria Elisabeth. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CARINE VENDRUSCOLO

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTOS DAS
INSTÂNCIAS DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE
REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

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

DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 19 de fevereiro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schlubert Backes
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente



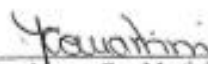
Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro (titular)




Dra. Leticia de Lima Trindade
Membro (titular)



Dra. Izabella Barison Matos
Membro (titular)



Dra. Jussara Gue Martini
Membro (titular)



Dra. Fabiane Ferraz
Membro (titular)

Dedico...

Aos que ensinam, aos que trabalham e aos que lutam pelo SUS, porque a formação é do tamanho da vida! Acredito, como Rubem Alves, que, assim, exercitamos a nossa imortalidade: de alguma maneira continuamos a viver naqueles que aprenderam a ver o mundo pela magia das nossas palavras e ações...

Agradecimentos

Aos sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade ao participar do estudo;

À Unochapecó, pelo apoio para o desenvolvimento da pesquisa e também por ter sido a inspiração e me oportunizado trilhar os primeiros caminhos para ser professora;

À Secretaria Municipal de Saúde e à Gerência de Saúde da SDR de Chapecó, por apoiar a pesquisa e oportunizar a investigação;

Às dedicadas Professoras, colegas de profissão e também amigas Marta Lenise do Prado e Maria Elisabeth Kleba, orientadoras desse caminhar;

Ao nominar as colegas e amigas Edlamar Kátia Adamy e Leticia de Lima Trindade, agradeço a todas as colegas de trabalho do Departamento de Enfermagem da UDESC, que me acolheram e incentivaram;

Às professoras Fabiane Ferraz e Kenya Reibnitz, que fizeram parte da banca de qualificação e defesa, agradeço pelos ensinamentos e pela parceria da qual tenho muito orgulho! Nominando-as, também agradeço aos demais membros da banca, pelas contribuições;

Agradeço, sobretudo, às mulheres enfermeiras do nosso tempo, que fazem da profissão o instrumento da sua obra, e contribuem para tornar o cuidado em enfermagem cada dia mais qualificado e humano!

À família, em especial ao meu Pai, Aloisi Vendruscolo, e à Clair Rosset Vendruscolo, minha mãe e, em grande parte responsável por eu ser quem sou e ter chegado até aqui;

Finalmente, à minha filha, Ana Cecília, que me ensinou o significado de “coragem” e de “esperança” e aprendeu a aceitar que a realização de sua mãe exige um horário de trabalho intenso. De todas as minhas realizações, ela é a que mais tenho orgulho!

Essa Tese é parte do que eu sou, e eu sou parte de cada um de vocês!

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos
começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho
novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*

Fernando Sabino

VENDRUSCOLO, Carine. **Integração ensino-serviço**: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 352p.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Elisabeth Kleba
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

RESUMO

Os Ministérios da Educação e da Saúde buscam estratégias articuladas que visam à transformação dos processos formativos, no intuito de qualificar as práticas profissionais e a saúde dos brasileiros. Essa aproximação aposta em ações estruturantes, dentre as quais, o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde*. Em Chapecó, município situado na região oeste do Estado de Santa Catarina (SC), a proposta integrada da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Secretaria de Saúde (SESAU) e Gerência Regional de Saúde (GERSA), é acompanhada por um Comitê Gestor Local e por uma Comissão Coordenadora Geral, instâncias de interlocução entre os representantes do ensino/formação, da atenção/assistência, da gestão e do controle social – “quadrilátero da formação” – criadas com vistas ao aperfeiçoamento da proposta. O presente estudo teve como objetivo compreender como os fóruns de gestão colegiada do Pró-Saúde contribuem para a integração ensino-serviço no município de Chapecó/SC. Configura-se como um estudo de caso único, desenvolvido com base nos pressupostos teórico filosóficos de Paulo Freire. Teve como técnicas para produção e registro das informações: a observação de reuniões dos fóruns gestores de 2012 e 2013, as quais reuniam 25 membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; entrevistas semi-estruturadas com 11 sujeitos integrantes do “quadrilátero de formação”, e análise documental. As informações foram analisadas por meio da proposta operativa para análise de dados qualitativos, seguindo os momentos: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dos resultados emergiram quatro categorias: Reorientando a formação e a atenção em saúde: participação e representação nos espaços colegiados; Integração ensino-serviço nas instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na saúde; Integração ensino-serviço:

conquistas e desafios no contexto da reorientação da formação na saúde; e Pró-Saúde: proposições para a mudança no modelo de atenção e formação de trabalhadores de saúde. A representação e a participação dos quatro segmentos nos espaços colegiados de integração ensino-serviço se expressa no diálogo entre os sujeitos. As instâncias tornam-se arenas de mediação de conflitos, consensos, reconhecimento de poderes, negociação e representatividade. Nesse sentido, a legitimidade da representação sucede na medida do significado que os sujeitos atribuem a ela; ora como defesa de interesses do grupo representado; ora como liberdade de expressão dos representantes, num processo democrático e criativo. O que sustenta a participação, no ideário dos sujeitos, é a capacidade de saber ouvir, condição para a comunicação dialógica. A representação e a participação expressam-se de maneira desarmônica, mais veementemente no ensino e na gestão. Com essa configuração, esse “quadrilátero”, por vezes, não se configura como tal, pois lhe faltam elementos para encaixar os vértices e coexiste a intervenção de outros elementos em um mesmo segmento. Os achados fazem perceber que o reconhecimento dos papéis de cada segmento apresenta um progresso lento em relação ao comprometimento de cada sujeito. A falta de compreensão de alguns sobre o seu papel no exercício de gestão daquele processo, por vezes, causa um sentimento de não pertencimento, o que faz supor que um maior envolvimento é fundamental para compor o todo do quadrilátero da formação. Os representantes dos segmentos percebem a integração ensino-serviço como um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças, pautados na alteridade na negociação, são fundamentais. Nessa direção, precisam ser respeitados os tempos e espaços de cada sujeito, no mundo da educação e no mundo do trabalho. A integração parece acontecer de fato, nos cenários de desenvolvimento da prática, contudo, isso pode ser decorrente da efetiva articulação da gestão do processo. Foi possível identificar que o Pró-Saúde, no contexto da proposta estudada, contribui, não só para a reorientação da formação, ao fortalecer iniciativas de mudanças curriculares com maior valorização da participação dos estudantes no processo de aprendizagem; mas também para a mudança de modelo assistencial, ao reconhecer a rede de atenção à saúde como locus privilegiado dessa construção. Os achados desse estudo apresentam desafios relacionados à integração ensino-serviço, mas também apontam avanços, no caso da Unochapecó, SESAU e GERSA de Chapecó, sobretudo concretizados pela possibilidade de reunir os sujeitos envolvidos na gestão do Pró-Saúde, por meio da negociação, do diálogo, do respeito às diferenças e da alteridade. A

articulação essencial entre eles requer que os conflitos sejam superados, com base em movimentos emancipatórios e políticos, com o propósito da transformação dos sujeitos e das práticas. Sendo assim, os níveis de envolvimento e comprometimento dos diferentes sujeitos que compõem as instâncias de gestão do Pró-Saúde, são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas, de integração entre o ensino e o serviço.

Descritores: Saúde. Enfermagem. Serviços de Integração Docente-Assistencial; Educação Superior; Política de Educação Superior; Educação Continuada; Formação de Recursos Humanos; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública.

VENDRUSCOLO, Carine. **La integración enseñanza-servicio:** movimientos de las instancias de gestión en los procesos de reorientación de formación profesional en salud. 2014. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 352p.

Orientadora: Prof. Dra. Marta Prado Lenise

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria Elisabeth Kleba

Líneas de Investigación: Educación, Salud y Enfermería

RESUMEN

Los Ministerios de Educación y Salud buscan estrategias articuladas dirigidas a transformar los procesos de formación con el fin de calificar las prácticas profesionales y la salud de los brasileños. Esta aproximación apuesta en acciones estructurales, entre las cuales, la *Reorientación Nacional de Formación Profesional en Salud - Pro-Salud*. En el municipio de Chapecó ubicado en la región occidental del Estado de Santa Catarina (SC), la propuesta integrada para la Comunidad Universitaria de la Región de Chapecó (Unochapecó), Departamento de Salud (SESAU) y Gerencia Regional de Salud (GERSA) es acompañada por un Comité Gestor Local y una Comisión Coordinadora General, las instancias de diálogo entre los representantes de la enseñanza/ formación, la atención/asistencia, de la gestión y del control social - "cuadrilátero de la formación" - creado para el perfeccionamiento de la propuesta. El presente estudio tuvo como objetivo comprender cómo los espacios de gestión colectiva de la Pro-Salud contribuyen a la integración docente-asistencial en Chapecó / SC. Se configura como un estudio de caso único, desarrollado en los presupuestos teórico-filosóficos de Paulo Freire. Tuvo como técnicas para la producción y registro de la información: la observación de reuniones de foros en los años 2012 y 2013, que reunió a los 25 miembros de las instancias de gestión del Pro-Salud; entrevistas semi-estructuradas con 11 sujetos integrantes del "cuadrilátero de la formación"; y análisis documental. Las informaciones fueron analizadas utilizando la propuesta operativa propuesta para el análisis de datos cualitativos, siguiendo los momentos: Pre-análisis, exploración del material, el tratamiento de los resultados y la interpretación. Los resultados originaron cuatro categorías: Reorientación de la formación y el cuidado en salud: participación y representación en los espacios universitarios; Integración enseñanza-servicio en los órganos

intersectoriales de gestión: Movimientos para la reorientación de formación en la salud; Integración enseñanza-servicio: logros y retos en el contexto de la reorientación de la formación en materia de salud; y Pro-salud: propuestas para el cambio en el modelo de atención y formación de los trabajadores de la salud. La representación y la participación de los cuatro segmentos en los espacios colegiados de la integración enseñanza-servicio se expresa en el diálogo entre los sujetos. Las instancias se convierten en espacios de mediación de conflictos, consensos, reconocimiento de poderes, negociación y representatividad. En este sentido, la legitimidad de la representación ocurre en la medida del sentido que los individuos le atribuyen a ella, a veces como defensa de interés del grupo representado, otras veces como libertad de expresión de los representantes, en un proceso democrático y creativo. Lo que sustenta la participación y las ideas de los sujetos, es la capacidad de escuchar, la condición para la comunicación dialógica. La representación y la participación se expresan de forma inarmónica, con más fuerza en la educación y en la gestión. Con esta configuración, ese "Cuadrilátero", a veces, no califica como tal, ya que carece de elementos para adaptarse a los vértices, y coexiste la intervención de otros elementos en el mismo segmento. Los resultados evidencian que el reconocimiento de los papeles de cada segmento muestra un lento progreso en relación del comprometimiento de cada sujeto. La falta de comprensión de algunos de su papel en el proceso de aquella gestión, a veces, causa un sentimiento de no pertenencia, lo que sugiere que la mayor participación es fundamental para componer el todo del cuadrilátero de la formación. Los representantes de los segmentos perciben la integración enseñanza-servicio como un matrimonio de saberes propios, en que el diálogo y el respeto a las diferencias, basadas en la alteridad en la negociación son fundamentales. En este sentido, deben ser respetados los tiempos y espacios de cada sujeto en el mundo de la educación y el mundo laboral. La integración parece suceder en realidad, en los escenarios de desarrollo de la práctica, sin embargo, esto puede ser debido a la articulación efectiva de la gestión del proceso. Fue posible identificar que el Pro-Salud, en el contexto del estudio propuesto contribuye no sólo a la reorientación de formación para fortalecer los cambios curriculares con mayor valoración de la participación del estudiante en el proceso de aprendizaje, sino también para el cambio de modelo asistencial, al reconocer la red de atención de la salud como un lugar privilegiado de esta construcción. Los hallazgos de este estudio presentan retos relacionados con la integración enseñanza-servicio, y también responde a los avances en el caso de la Unochapecó, SESAU y

GERSA de Chapecó, sobre todo concretizados por la posibilidad de reunir a los sujetos implicados en la gestión de Pro-Salud, a través de negociación, diálogo, respeto por las diferencias y alteridad. La articulación esencial entre ellos requiere que los conflictos sean superados, con base en los movimientos emancipadores y políticos, con miras a la transformación de los sujetos y de las prácticas. Por lo tanto, los niveles de participación y el comprometimiento de los diferentes sujetos que componen los órganos de gestión del Pro-Salud, son cruciales para el establecimiento de relaciones fecundas, de integración entre la enseñanza y el servicio.

Descriptor: Salud; Enfermería; Servicios de Integración Docente Asistencial; Educación Superior; Política de Educación Superior; Educación Continua; Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Gestión en Salud; Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Educación en Salud Pública Profesional.

VENDRUSCOLO, Carine. **Integration teaching-service:** movements of the management instances among the reorientation processes of professional health training. 2014. Thesis (PhD in Nursing) – Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 352p.

Advisor: Professor Dr. Marta Lenise do Prado
Co-advisor: Professor Dr. Maria Elisabeth Kleba
Research Line: Education, Health and Nursing

ABSTRACT

The Education and Health Ministries look for articulated strategies aimed at changing the training processes, in order to qualify the professional practices among the Brazilian people's health. This approach counts on structural actions, among them, The *National Reorientation Program of Health Professional Training – Pro-Health*. In Chapecó, city located in the western region of the Santa Catarina State (SC), the integrated proposal of the Regional Community University of Chapecó (Unochapecó), The Health Department (SESAU) and The Regional Health Management Department (GERSA), is tracked by a Local Managing Committee and by a General Coordinating Commission. Those are institutions of interlocution between the representatives of teaching/training, care/assistance, management and social control - the four-way approach - created in order to enhance the proposal. The present study had as its main objective to understand how the forums for collective management of the Pro-Health contribute to the teaching-service integration in Chapecó / SC. This study is characterized by being a unique case study that was developed based on Paulo Freire's philosophical-theoretical assumptions. The techniques used to produce and register the information were observation of meetings of the managing forums in 2012 and 2013, that congregated 25 members of the Pro-Health managing instances); semi-structured interviews with 11 component individuals of the "four-way approach" and documental analysis. The information was analyzed through an operative proposal for the qualitative data analysis, following the moments: Pre-analysis; material exploration; treatment of results obtained and interpretation. The results arose four categories: Reorienting the health training and health care: participation and representation in the collegiate spaces; Integration teaching-service in

the intersectorial management instances: movements for the reorientation of health training; Integration teaching-service: achievements and challenges in the reorientation context of health training; and Pro-Health: propositions for the change in the care model and training of health workers. The representation and the participation of the four segments in the collegiate spaces of teaching-service integration expresses itself through the dialogue among the individuals. The instances became into arenas of mediation of conflicts, consensus, recognition of powers, negotiation and representativeness. Therefore, the legitimacy of the representation succeed according to the meanings that the individuals attribute to it; one moment as defense of the interests of the represented group; the next as freedom of expression of the representatives, in a democratic and creative process. Under the view of the individuals, the ability to know how to listen is what gives support to the involvement, condition to a dialogical communication. The representation and the participation express themselves in a disharmonic way, strongly in teaching and in management. Within this configuration, this “four-way approach”, at times, is not configured as such, since there are elements missing to fit the vertices, and the intervention of other elements in the same segment coexist. The findings make perceptive that the recognition of roles from each segment presents a slow progress in relation to the commitment of each individual. Some people’s lack of comprehension about their role in the management practice of that process, at times, causes a feeling of not belonging, supposing that a bigger involvement is fundamental to compose the whole of the four-way approach. The representatives of the segments perceive the integration teaching-service as a union of their own different knowledge, in which the dialogue and the respect to differences, interlined by alterity in negotiation, are fundamental. Therefore, the time and the space of each individual need to be respected, in the education world and in the work world. The integration actually seems to happen-in the sceneries of practice development, however, this may be the result of the effective articulation of the process management. It was possible to identify that the Pro-Health, in the context of the studied proposal, contributed, not only to the training reorientation, when strengthening initiatives of curricular changes, valuing more the participation of students in the teaching process; but also contributed to a change in the supportive model, when recognizing the health care network as a privileged locus of this construction. This study’s findings present challenge related to the integration teaching-service, but also point out advances, in the case of Unochapecó, SESAU and GERSA, especially

materialized by the possibility of gathering the individuals involved in Pro-Health management, through negotiation, dialogue, respect to differences and alterity. The essential articulation among them requires the conflicts to be overcome, based on emancipatory and political movements, looking for transformation. Considering this, the levels of involvement and commitment of different individuals who compose the instances of the Pro-Health management are determining for the establishment of fecund relationships, as well as the integration between teaching and service.

Descriptors: Health; Nursing; Teaching Care Integration Services; Education, Higher; Higher Education Policy; Education, Continuing; Human Resources Formation; Health Policy; Unified Health System; Health Management; Primary Health Care; Education Public Health Professional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa	158
Figura 2 - Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa	106
Figura 3 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde no Estado de Santa Catarina no ano de 2012.....	158
Figura 4 – Município de Chapecó, Macrorregião Oeste do Estado de Santa Catarina	17559
Figura 5 – Diagrama ilustrativo da exploração do material	17575
Figura 6 – Diagrama ilustrativo da reorientação do ensino no SUS ..	304

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Publicações sobre formação para o SUS, segundo periódico e ano	57
Quadro 2 - Panorama síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivas dimensões temáticas às quais pertencem	62
Quadro 3 - Eixos Estruturantes do Pró-Saúde e seus respectivos vetores.	97
Quadro 4 - Eixos de desenvolvimento e respectivos vetores do Pró-Saúde, conforme edições I e II do Programa.....	103
Quadro 5 - Publicações do tipo artigos científicos no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, segundo periódico e ano. Brasil, 2007-2012.	106
Quadro 6 - Dissertações sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, segundo instituição de ensino superior e ano. Brasil, 2007-2012.	110
Quadro 7 - Configuração do Comitê Gestor Local do Pró-Saúde, segundo segmento, instituição e posição que ocupa junto à instância.	165
Quadro 8 - Configuração da Comissão Coordenadora do Pró-Saúde, segundo segmento, instituição e posição que ocupa junto à instância.	165
Quadro 9 - Membros entrevistados das instâncias de gestão, segundo codinome, sexo e formação.	168
Quadro 10 - Processo de categorização das informações do estudo – “Primeira codificação”	171
Quadro 11 - Processo de categorização das informações do estudo – “Segunda codificação”	173
Quadro 12 - Categorias e subcategorias do estudo e os conceitos de Freire	177

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCG	Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CGL	Comitê Gestor Local do Pró-Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CRESM	Centro de Referência de Especialidades Municipal
CS	Controle Social
CT	Categorias Temáticas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
E	Estudos
EAD	Ensino a Distância
EDEN	Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família

ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FASC	Fundação de Assistência Social de Chapecó
Fundeste	Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste
GERSA	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MCP	Movimento de Cultura Popular
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
Pólos CFEP/ESF	Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPSP	Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
PROENF	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Enfermagem
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SDR	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde
SESI	Serviço Social da Indústria
SESu	Secretaria de Ensino Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Una-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
Unochapecó	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
Unimed	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

SUMÁRIO

NOTA DA AUTORA	35
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	39
1.1 A TRAJETÓRIA E O ENCONTRO COM A TEMÁTICA	39
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	47
2.1 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO CONTEXTO HISTÓRICO DO SUS	48
2.1.1 Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa	51
2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS NO BRASIL	83
2.2.1 Produção do conhecimento no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	100
2.3 INSTÂNCIAS COLEGIADAS DE GESTÃO: ESPAÇOS DE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	125
3 SUPORTE TEÓRICO FILOSÓFICO	133
3.1 PAULO FREIRE E O COMPROMISSO COM A EDUCAÇÃO: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE SEU LEGADO	134
3.2. OS CONCEITOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO: APROXIMAÇÕES COM A PROPOSTA DE PAULO FREIRE	139
3.2.1 Diálogo: superação de conflitos rumo à negociação e à alteridade entre sujeitos que se complementam	140
3.2.2 Participação como exercício da democracia: ter voz para transformar a realidade.....	143
3.2.3 Educação e formação permanente como elemento essencial para ser gente.....	148
3.2.4 A práxis como disparadora da integração entre o ensino e o serviço em saúde.....	151
4 CAMINHO METODOLÓGICO	155
4.1 TIPO DE ESTUDO	156
4.2 O TERRITÓRIO: “CENÁRIO DO CASO”	157
4.2 O CASO: COMITÊ GESTOR LOCAL E COMISSÃO COORDENADORA GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE	

REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE – DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ	162
4.3 PARTICIPANTES	167
4.4 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES.....	168
4.5 PROPOSTA PARA ANÁLISE	171
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	178
5 RESULTADOS	181
5.1 REORIENTANDO A FORMAÇÃO E A ATENÇÃO EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS COLEGIADOS	181
5.2 INSTÂNCIAS INTERSETORIAIS DE GESTÃO: MOVIMENTOS PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE.....	213
5.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: CONQUISTAS E DESAFIOS NÓ CONTEXTO DA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE.....	243
5.4 PRÓ-SAÚDE: PROPOSIÇÕES PARA A MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE.....	269
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA ALÉM DO QUADRILÁTERO, O PRISMA DA EDUCAÇÃO	299
REFERÊNCIAS.....	307
APÊNDICES	331
ANEXOS.....	349

NOTA DA AUTORA

[...] o sertão é do tamanho do mundo. [...] Sertão: é dentro da gente. Viver – não é? – é muito perigoso. Porque ainda não se sabe. Porque aprender a viver é que é o viver mesmo. O sertão me produz, depois me engoliu, depois me cuspiu do quente da boca (GUIMARÃES ROSA – Grande Serão Veredas).

Ainda não se sabe viver!

Ao lembrar esse trecho de Riobaldo, personagem de Guimarães Rosa, encontrei uma maneira de traduzir meus sentimentos em relação à este estudo. Não posso dizer que está concluído, porque tenho certeza de que ficaria meses, e mesmo anos, aprimorando essas ideias, e, ainda assim, não seria possível dar por encerrada a busca do conhecimento. Parece que a conclusão não existe, e essa foi a lição mais valiosa do processo: reconhecer-me como um ser inconcluso, perceber os meus limites, e que aqui se encontra uma pequena etapa desse caminho em busca do saber!

Resolvi encerrar por hora, e deleitar-me um tempo com o prazer da missão cumprida. O filho nasceu, e agora há tudo pela frente! Dedicar-se à aprendizagem da vida, ler e reler o texto, quem sabe mudar de ideia, porque viver é isso, como proclama Riobaldo...

[...] o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando.

Aprendi que o homem é o mundo que habita, nele imerge, transforma-se e, depois, profere-o! Pretendo, então, registrar e contar um pouco do que aprendi no decorrer dessa trajetória, sobretudo com as relações/conexões que estabeleci no percurso, deixando ecoar as diferentes vozes, as quais me auxiliaram nessa composição.

A formação intelectual, como pesquisadora, permitiu-me uma completa imersão no mundo do ensino para o SUS e, certamente, implicou transformação interior. Da mesma forma, também, implicará a transformação do mundo (meu mundo é também o território que vivo)! Não é minha intenção parecer pretenciosa, mas não há mais como negar: essa é a minha obra! E será por meio dela que trilharei os futuros passos, como enfermeira, como professora e como pesquisadora!

Durante o tempo de doutoramento, fui apresentada por minhas orientadoras, Professora Marta Lenise e Professora Maria Elisabeth, à obra de Paulo Freire, fundamental ao exercício da docência, também, irrefutável ao exercício da vida, quando se pretende contribuir para transformar o mundo. Passei por momentos tensos, afinal, não se trata de uma leitura fácil e, como elas me alertaram algumas vezes, há que incorporar a obra do mestre... tarefa complicada!

Foi então que, ao aprofundar minhas leituras em Freire, descobri os caminhos da ação criadora da realidade, por meio da práxis, porque “a teoria sem a prática vira verbalismo...” Aprendi a importância de envolver-se, a ponto de querer mudar. Examinei a fundo o princípio da integralidade, que, no campo da saúde, implica a recusa do verticalismo das relações, valorizando as relações afetuosas (no sentido de que se afetam) entre sujeitos. Nessa direção, hoje compreendo que saúde e educação são indissociáveis! Encontrei no diálogo não apenas um método didático, mas a razão de ser do próprio ofício de ensinar e aprender! Diálogo que é possível entre o mundo do trabalho e da educação, para transformar o cuidado em saúde.

Ao me definir como profissional que milita na busca de um Sistema de Saúde cada vez melhor, compreendi meu papel na formação dos futuros colegas de profissão. Acredito no meu potencial como educadora e, hoje, tenho alma de guerreira: gostaria de contribuir para mudar o mundo com a minha luta! Para isso, descobri que a palavra pode ser uma arma poderosa. Por meio dela, talvez não seja possível alcançar, totalmente, o meu objetivo, mas certamente, é um bom começo...

Na voz do educador brasileiro Paulo Freire, descobri que a educação faz parte do universo social da cultura e cabe a ela a tarefa de formar pessoas criativas, críticas, sujeitos de suas vidas e protagonistas de suas histórias. A esperança reside na crença da utopia como um “inérito viável”! Por tudo isso, precisamos formar pessoas que acreditem no diálogo e na democracia como forças que nos permitam aprender com nossos próprios erros e, assim, construir a história!

Finalmente, por ter compreendido que escrever é refazer o que foi refletido nos diferentes momentos da vida, “redizer” o que aconteceu antes do tempo da ação, considero que essas páginas nada mais são do que uma leitura minha, do que vivenciei e aprendi, por isso, essa Tese é parte de mim, de minhas vivências, das minhas ideias. Ela me engoliu e agora é quem eu sou.

Há muito que se trabalhar ainda, essa foi mais uma etapa, a qual finalizo (por ora) com orgulho e com a certeza da minha contribuição para a comunidade acadêmica, da qual faço parte e, também, para os

trabalhadores e usuários do SUS, entre os quais me incluo. A eles, e sobretudo aos sujeitos que fizeram parte e colaboraram com essa pesquisa, meu agradecimento especial e os votos de que o resultado seja válido para mudar alguma coisa para melhor!

Estou segura de que o presente trabalho pode constituir-se em referência importante para profissionais da saúde, enfermeiros, docentes, estudantes e todos aqueles interessados em contribuir para a consolidação do SUS. Essa leitura faz parte da formação daqueles que acreditam no seu potencial para a transformação, a partir do diálogo e da alteridade!

*Carine Vendruscolo
Fevereiro, 2014.*

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A TRAJETÓRIA E O ENCONTRO COM A TEMÁTICA

Sou professor a favor da esperança que me anima apesar de tudo. Sou professor contra o desengano que me consome e imobiliza. Sou professor a favor da boniteza de minha própria prática, boniteza que dela some se não cuido do saber que devo ensinar...(FREIRE, 2011a, p. 100-101).

As palavras da epígrafe me remetem ao significado da palavra ensinar, que exige do professor uma atitude que contribua para formar sujeitos sociais críticos e reflexivos, por meio do diálogo e das relações construídas no âmbito dos diferentes espaços histórico-sociais. Foi inspirada nos pensamentos do educador Paulo Freire, que propus-me a realizar uma pesquisa qualitativa sobre as relações que acontecem nos diferentes cenários que envolvem o aprender e o ensinar, na área da saúde.

Pode-se dizer que os tópicos formação e educação, voltados à área da saúde, são temáticas que me instigam desde o Mestrado¹, quando tive a oportunidade de investigar representações sociais de estudantes da área da saúde sobre o, então, emergente conceito de Promoção da Saúde.

Os caminhos que trilhei no serviço, como enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), levaram-me a maior aproximação com a Educação Permanente em Saúde (EPS), no período em que atuei na Escola de Saúde Pública da SES (ESP/SES), ao acompanhar processos de formação voltados aos profissionais da Atenção Básica (AB) à Saúde do Estado, e também, como pesquisadora.

Mais tarde, tendo solicitado transferência para o município de Chapecó, oeste do Estado, conciliei as atividades junto à Gerência Regional de Saúde (GERSA) da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó à atuação docente no ensino superior, até fazer a escolha que considero uma das mais importantes e gratificantes em minha caminhada até aqui: a de ser professora.

¹Título da Dissertação de Mestrado: Promoção da Saúde: Representações Sociais de Acadêmicos dos Cursos de Graduação na Área da Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública (PPSP), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2005.

A atuação na docência, inicialmente na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e, atualmente, na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), proporcionou maior interesse por questões da formação e do ensino na área da saúde, sobretudo na enfermagem, em especial, na aproximação cotidiana com estudantes, em momentos teóricos ou práticos dos núcleos ou componentes curriculares voltados à Saúde Coletiva. Da mesma forma, as parcerias estabelecidas com a colega de trabalho (hoje, co-orientadora deste estudo) Maria Elisabeth Kleba² fomentaram meu interesse pelos processos de gestão que acompanham os movimentos de integração entre o ensino e o serviço, na direção da reorientação da formação profissional na área da saúde. O que, inicialmente, provocou o envolvimento com os temas promoção da saúde e integralidade da atenção à saúde, compreendidos como fundamentais à formação dos profissionais de saúde, mais adiante, tornou-se compromisso com a tarefa constitucional, designada pela Reforma Sanitária Brasileira³, de formular políticas de formação para a área da saúde. Reconheço, na formação e no trabalho dos profissionais, atuações decisivas para a reorientação dos serviços e para a consolidação do sistema público de saúde, bem como para a reforma da universidade e para a descentralização político-administrativa do Estado.

A inquietação, propulsora da iniciativa de elaboração deste estudo, ocorreu na medida de minha atuação como articuladora da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)⁴ Oeste de SC. Nessa articulação, participei, dentre outras estratégias de EPS, dos processos de gestão e acompanhamento da proposta integrada da Unochapecó, Secretaria de Saúde (SESAU) e GERSA de Chapecó - o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) - por meio de representação da CIES junto ao Comitê Gestor

² Professora e Coordenadora Local do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) da Unochapecó, Secretaria da Saúde e Gerência Regional de Saúde do município de Chapecó/SC.

³ O Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário se organizou e consolidou, sobretudo durante os anos de 1970 e 1980, como um movimento social em defesa da saúde como direito de cidadania e como parte integrante e fundamental das lutas contra a ditadura militar. O contexto desse movimento construiu um sentido singular para a saúde, inserida no modo de vida das pessoas, para além do recorte biológico do paradigma vigente (CECCIM, 2008).

⁴ Instância que participa da condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tendo previsto em sua composição gestores de saúde, gestores de educação, IES com cursos na área da saúde, trabalhadores do SUS e controle social (BRASIL, 2007a).

Local (CGL) e Comissão Coordenadora Geral (CCG)⁵ do Programa. Tal experiência suscitou a necessidade de investigar essas instâncias, criadas com a finalidade de acompanhar o processo de execução do Pró-Saúde, integrando ensino e serviço, na direção dos desígnios da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A fim de contextualizar o Pró-Saúde no âmbito dos movimentos de reorientação da formação na área da saúde, cumpre destacar algumas iniciativas que marcaram a evolução do SUS, mais precisamente na AB, que culminaram com a necessidade de Políticas Interministeriais voltadas à mudança nos processos de formação e, conseqüentemente, nas práticas de atenção à saúde.

É conhecido o discurso sobre o processo de trabalho na AB à Saúde, também, referida como Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a qual apresenta um enfoque, predominantemente biologizante, apesar das propostas alternativas visando à mudança de paradigma na saúde. No sentido de reverter essa lógica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se, no momento, como o elemento central da Política de AB no país. Trata-se de uma estratégia para o fortalecimento e organização desse nível de atenção à saúde, ao possibilitar a reestruturação da rede do SUS tendo em vista a prática integral e a qualidade da assistência (BRASIL, 2012a).

A ESF tem como foco de atuação as famílias que compõem uma comunidade. Essa configuração favorece o fortalecimento da AB por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, com base nos pressupostos da clínica ampliada⁶, integralidade⁷ e promoção da saúde⁸, os quais orientam a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁹. A estratégia reconhece a

⁵ Instâncias de gestão do Pró-Saúde, formadas por representantes da instituição formadora, da SESAU do município, GERSA, CIES e outras estruturas municipais e regionais.

⁶ Prática que contribui para a efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH), por meio da responsabilização e compromisso ético da equipe de saúde com o usuário (BRASIL, 2004a).

⁷ Princípio doutrinário do SUS, entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, direcionadas para cada caso, em todos os níveis de complexidade do Sistema (BRASIL, 1990a).

⁸ Modelo teórico-conceitual que subsidia as políticas de saúde a partir de documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e resoluções de conferências, introduzindo novos conceitos sobre saúde, voltados à qualidade de vida (BUSS, 2000; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

⁹ Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis crescentes de complexidade, com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

concepção ampliada do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional de oferta de serviços voltados para a doença e investindo em ações que articulam a saúde com condições, modos e qualidade de vida. Dessa forma, propõe novas maneiras de organizar o processo de trabalho e as relações entre profissionais e comunidade (BRASIL, 2012a).

Todavia, paralelamente às discussões sobre essas e outras medidas de fortalecimento do SUS na direção de um modelo mais holístico e promotor da saúde, permanecem problemas no campo da formação dos profissionais de saúde. Há um consenso entre críticos da educação em saúde, quanto à hegemonia de um modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, cujo enfoque do ensino volta-se às práticas de cuidado reducionistas e que favorecem a dimensão biológica dos processos de saúde-doença. As ações, centradas na doença, obedecem a protocolos de medidas terapêuticas biologicistas e o modelo pedagógico é organizado de maneira compartimentada e conteudista, com destaque à aprendizagem da clínica no hospital (HADDAD *et al.*, 2008; CARVALHO; CECCIM, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

A distância entre a academia e a realidade sócio-epidemiológica da população brasileira diminui na medida em que os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) vêm buscando uma série de estratégias articuladas, que visam a transformações dos processos formativos, no intuito de alterar, positivamente, as práticas profissionais em saúde e, conseqüentemente, a saúde dos brasileiros (BRASIL, 2005^a; HADDAD *et al.*, 2008). A Constituição Federal de 1988 estabelece que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, a fim de assegurar o preparo dos trabalhadores para o Sistema (BRASIL, 1988, s/p). No âmbito das IES, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) deveriam orientar a proposição de currículos que contemplassem um perfil de profissional preparado para a lógica do SUS (BRASIL, 2001a; HADDAD *et al.*, 2006). Essa aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde possibilita a implementação das DCN como estratégia essencial para as mudanças na graduação no sentido de qualificar a formação acadêmica e a atenção à saúde da população (SCHMIDT, 2008).

Mais recentemente, o MS aposta em ações estruturantes, como dispositivos que favorecem a reorientação da formação na área da saúde. Dentre eles, o Pró-Saúde, lançado em 2005 mediante a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 (BRASIL, 2005b), visa a subsidiar a formulação de propostas de melhoria dos processos de formação em

saúde. Inicialmente, contemplou os cursos de graduação das profissões que integram a ESF: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019 (BRASIL, 2007b), o Programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, tendo como objetivo promover a aproximação do ensino com serviços ligados à atenção básica para a reorientação da formação profissional numa abordagem integral e contextualizada do processo saúde-doença na comunidade (BRASIL, 2007c).

O Pró-Saúde I e II contemplaram 354 cursos, envolveram as 14 profissões reconhecidas para a saúde, de acordo com o MEC, e 96.649 estudantes de todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2009). Em dezembro de 2011, o MS lançou o terceiro edital para seleção de projetos de IES para participação no Pró-Saúde, desta vez articulado com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde¹⁰). Dentre as experiências de integração ensino-serviço, esse Programa assume papel importante no contexto das iniciativas públicas, aproximando os setores da saúde e da educação, no sentido da promoção de uma formação profissional adequada às reais necessidades sociais reais do País. Cumpre destacar que, desde as mais antigas, até as atuais estratégias com esse propósito, vê-se o fortalecimento daquelas fundamentadas na articulação ensino e serviços de saúde, como um cenário propício à construção de práticas coerentes com os princípios norteadores do modelo de assistência estabelecidos pela AB e a ESF (BREHMER, 2013).

O Pró-Saúde organiza-se a partir de três eixos estruturantes: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais possuem, cada um, três vetores específicos com uma “Imagem Objetivo” – situação desejável (BRASIL, 2007c). É recomendado que hajam comitês ou comissões, estruturados em diferentes cenários, os quais envolvem a integração ensino-serviço, que acompanhem as ações do Programa por meio da representação dos distintos segmentos que

¹⁰ O PET-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 1802/2008, tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (trabalhadores dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2008). Tem como objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade, para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS. No edital Pró/PET, em 2011, foi idealizada a articulação entre as ações Pró e PET-Saúde. Esse edital salienta a necessidade de grupos PET estarem vinculados ao Planos Pedagógicos dos Cursos (PPC), de forma a oportunizar o envolvimento dos docentes e discentes, inclusive não bolsistas (BRASIL, 2011c).

compõem o “quadrilátero da formação em saúde” – gestão, atenção, ensino e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Campos *et al.* (2010) apontam em seus estudos, que ações como o Pró-Saúde vêm potencializando novas iniciativas de mudanças curriculares, a partir da valorização da participação dos estudantes no processo de reorientação da formação. Para esses autores, as ações interministeriais de reorientação da formação profissional demonstram o aprofundamento da interação ensino-serviço, o aperfeiçoamento da capacidade de comunicação dos estudantes com usuários e a compreensão do processo de trabalho em equipe multiprofissional. Ressaltam ainda, que as atividades de acompanhamento e avaliação de tais processos devem ser realizadas por Comissões Gestoras Locais, que contam com representantes das instituições de ensino, dos serviços de saúde e do controle social.

Em Chapecó, a Unochapecó, em parceria com a SESAU e GERSA/SDR, aprovou suas propostas nos editais do Pró-Saúde 1 (2005b), Pró-Saúde 2 (2008) e Pró-PET (2011), firmando seu compromisso de promover mudanças na formação profissional e nos processos de EPS, com foco na realidade locoregional, nas diretrizes e nos princípios do SUS e nas DCN para os cursos da saúde. O processo de execução da proposta integrada da Unochapecó, SESAU e GERSA de Chapecó é acompanhado por um Comitê Gestor Local e por uma Comissão Coordenadora, instâncias de interlocução, nas quais ocorrem diálogos com vistas ao aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012b; 2012c).

Nesse cenário, investigar os movimentos que decorrem dessas instâncias possibilitou descrever como a configuração das estruturas de gestão designadas para acompanhar as estratégias para formação de profissionais determinam o processo de integração ensino-serviço em Chapecó/SC. Além disso, acredito que esse trabalho deve estimular a ampliação do debate sobre estas ações voltadas à formação para o SUS, pois avança no conhecimento da temática.

Considero que, para além das possibilidades de mudança na graduação das profissões de saúde, com foco na integração ensino-serviço-comunidade, o Pró-Saúde pode contribuir para a qualificação da AB, inclusive, por meio de processos inerentes de EPS que se desenvolvem a partir dessa aproximação e da corresponsabilização dos diferentes sujeitos e instâncias, envolvidas no processo. Dessa maneira, por acreditar nos movimentos de aproximação entre o universo do trabalho e o universo da formação, como um dispositivo para a consolidação do SUS e para a construção do acesso ao cuidado e sua

qualificação, ampliação e resolubilidade; pela convicção de que é necessário romper a lógica positivista, flexneriana¹¹ e unicausal dos serviços de AB, a fim de avançar na direção da integralidade e da promoção da saúde, propostas pelo SUS, e por entender que os cursos de saúde devem formar profissionais críticos, reflexivos, humanistas e de alta resolubilidade, defendo a seguinte **Tese**:

As instâncias de gestão local das ações estruturantes interministeriais de reorientação da formação profissional em saúde, sobretudo o Pró-Saúde, favorecem a integração ensino-serviço no âmbito do SUS, como estratégia potencial de articulação da formação em saúde com as demandas do SUS, pois geram movimentos de aproximação, diálogo e corresponsabilização entre sujeitos da gestão, da atenção, do ensino e do controle social, e contribuem para consolidar a AB o Sistema.

Com base no pressuposto de que a mudança paradigmática na formação dos profissionais contribui para a intersetorialidade e integralidade, alinhadas aos princípios do SUS, tendo em vista as estratégias, que conduzem a política de reorientação da formação nesse município, a questão que me instigou para desenvolver a presente pesquisa é: **como os fóruns de gestão colegiada do Pró-Saúde contribuem para a integração ensino-serviço no município de Chapecó/SC?**

Para responder a essa questão, fez-se necessário os seguintes objetivos: a) compreender como os fóruns gestores potencializam a integração ensino-serviço; b) analisar como ocorre a representação e a participação dos quatro segmentos (gestão, atenção, ensino e controle social) nos espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde; c) descrever como os sujeitos percebem a integração ensino-serviço no âmbito das instâncias de gestão do Pró-Saúde e d) desvelar as contribuições do Pró-Saúde para a mudança nos modelos de atenção e formação de profissionais.

A seguir, apresento a contextualização da temática, os caminhos metodológicos e os resultados da investigação, sendo que esses itens

¹¹ Publicado em 1910, o estudo que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report) é considerado o responsável pela mais importante reforma do ensino em saúde de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação em saúde mundial. O relatório gera debates e polêmicas e os aportes de Abraham Flexner são, até hoje, foco de debates entre os que defendem e os que repudiam suas propostas. Estes últimos o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação - “modelo flexneriano” - que não consegue atender às necessidades de saúde das coletividades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

estão organizados em sete momentos: neste **primeiro** momento, convido o leitor a um passeio pela minha trajetória, até o encontro com a temática e destaco argumentos que justificam a escolha, bem como os propósitos do estudo; no **segundo** momento, apresento uma breve contextualização da formação e do desenvolvimento profissional no contexto histórico do SUS, sobretudo das iniciativas governamentais de integração ensino-serviço no Brasil e das instâncias colegiadas de gestão, como espaços de comunicação e participação social; e aprofundo essas discussões mediante duas Revisões Integrativas da Literatura sobre a temática, nas quais realizo uma busca detalhada dos estudos sobre a formação para o SUS e sobre o Pró-Saúde; no **quarto** momento declaro o suporte teórico-filosófico da pesquisa; no **quinto** momento descrevo o caminho metodológico; no **sexto** momento, apresento os achados da investigação, a partir de quatro grandes categorias temáticas e, finalmente, no **sétimo** e último momento, elaboro algumas considerações acerca dos achados do estudo.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Os avanços do SUS são inegáveis, sobretudo, quando se enfatiza a necessidade de ressignificação das práticas no cotidiano dos trabalhadores, que revelam um descompasso frente aos princípios e diretrizes do Sistema. A organização da assistência com base na consulta médica e no atendimento da demanda espontânea dos usuários permanece presente nos serviços de saúde e nos processos de formação na área. Pode-se dizer que a maioria dos cursos da área da saúde incentivam o modelo biomédico, “hospitalocêntrico” e “medicocêntrico”, deixando à deriva a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o usuário no seu contexto coletivo.

A mudança de modelo exige dos profissionais a capacidade de participar da produção de uma saúde integral, fundamentada em um conceito ampliado, o qual considera como fatores determinantes e condicionados à moradia, ao saneamento básico, à renda, ao lazer, ao meio ambiente, ao transporte, ao acesso aos bens e serviços essenciais, à educação, entre outros. Além disso, essa mudança implica na prática de cuidado em saúde por meio de uma equipe multiprofissional, comprometida em centrar suas ações nos usuários (BRASIL, 1990a; COLLISELLI *et al.*, 2009).

Tornar a formação para o SUS, tema comum nas agendas dos que operam o Sistema, significa, definitivamente, assumir e enfrentar as dificuldades implicadas ao processo de adequação do perfil profissional e de desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores. Também, pressupõe a determinação política de consolidar o Sistema no que é, inequivocamente, sua mais laboriosa e fundamental dimensão: a AB à saúde.

Neste capítulo, apresento alguns aspectos importantes para sustentar a tese, que me auxiliaram ao trilhar os caminhos para o desenvolvimento da pesquisa, os quais foram complementados por revisões integrativas da literatura sobre a temática, estas realizadas mediante validação dos respectivos protocolos para revisão integrativa de literatura (**Apêndices A e B**).

A contextualização resgata alguns aspectos referentes à evolução da discussão sobre a construção da atual política de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde no Brasil, tendo como ponto de partida o compromisso estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, que reconhece o SUS como ordenador da formação dos

profissionais da área de saúde (BRASIL, 1988). A revisão revela bases conceituais da integração ensino-serviço e das instâncias colegiadas de gestão das ações que acompanham essa articulação, na área da saúde, contextualizando o Pró-Saúde como dispositivo desencadeador de tais movimentos.

2.1 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO CONTEXTO HISTÓRICO DO SUS

As discussões referentes à formação e à Educação Permanente em Saúde no Brasil acentuaram-se a partir do ideário da Reforma Sanitária, que culminou com a instituição do SUS na Constituição Federal do Brasil.

A partir de então, com o constante processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, no intuito de dar continuidade ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária e concretização do SUS, várias instâncias cumprem um papel indutor da mudança, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação profissional. A atualização técnico-científica configura-se como um dos aspectos da qualificação das práticas e a formação envolve, não apenas o adequado conhecimento do SUS, mas a produção de habilidades técnicas e outros elementos mais subjetivos. A formação para a área da saúde deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e, nessa ótica, precisa estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de proporcionar o cuidado nas várias dimensões que envolvem as necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos (BRASIL, 2007a; CECCIM; FEUERWERKER 2004).

Logo após a instituição constitucional do SUS, as leis regulamentadoras - Leis 8.080/90 e 8.142/90 - definiram propostas de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, ancoradas aos ideários do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990a, 1990b). A Lei 8.080/90, em seu artigo 15º, determina que

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seus âmbitos administrativos, as seguintes atribuições:
[...]

- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde [...];
XIX - realizar pesquisa e estudos na área da saúde (BRASIL, 1990a, s/p).

Em seu artigo 27º, determina que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, de maneira articulada, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seguintes objetivos:

- I- organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal;
Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990a, s/p).

O que se pretende é a intervenção no processo formativo, para que os níveis de ensino possam deslocar o eixo da formação centrada na atenção individual reduzida às unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que considere as dimensões sócio-econômico-culturais da população. Isso implica estimular a atuação interdisciplinar, multiprofissional, com base nos princípios do controle social e do SUS em responsabilidade integral sobre a população de um território (REDE UNIDA, 1998; CAMPOS *et al.*, 2001).

Esses elementos da legislação asseguraram que os serviços de saúde podem constituir-se como locais de ensino e aprendizagem, articulando atribuições de gestão e formação no âmbito do SUS. Ceccim e Feuerwerker (2004), reforçam esse aspecto ao referir que a ordenação da formação para a área da saúde pressupõe a construção de cenários que possibilitem a educação de profissionais das equipes de saúde, de agentes sociais e de parceiros intersetoriais, com vistas a uma saúde de melhor qualidade. Gusso e Almeida (2011) acrescentam que não é adequado adaptar o conhecimento desenvolvido para o ambiente hospitalar para a Atenção Básica, onde as incertezas e a complexidade são maiores. Aliás, foi esse o grande engano do Relatório Flexner, quando sugeriu que o conhecimento ambulatorial destacava-se, em meados de 1910.

De acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 2002), Formação Profissional é o

processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais (BRASIL, 2002, p. 28).

Dentre as atribuições e responsabilidades dos Gestores de Saúde das esferas municipal, estadual e federal e do MS sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS, estão

estabelecer mecanismos de negociação intersetorial, para um progressivo entrosamento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar qualitativa e quantitativamente a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS [...] com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas (BRASIL, 2002, p. 55).

Os desafios da descentralização político-administrativa e da operacionalização dos princípios do SUS, como a integralidade e a igualdade de assistência à saúde, são postos aos gestores, cuja principal atribuição é garantir a todos a atenção à saúde organizada de maneira otimizada, hierarquizada e integrada (COLLISELLI *et al.*, 2009). Os gestores devem favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a organização de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, dispendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino aprendizagem. As parcerias entre os gestores e IES devem ser ancorados aos princípios e aos objetivos do SUS, inclusive, na construção das metodologias pedagógicas (BRASIL, 2002).

De acordo com a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, com domínio tanto de tecnologias para a atenção individual quanto para a saúde coletiva (BRASIL, 2002). A partir desse documento, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir a mudança do perfil profissional. Tornou-se imperativo o

comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, com o SUS e com o projeto technoassistencial definido nas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com base nessa lógica, intensificam-se os movimentos e integração entre o mundo do trabalho e o mundo da formação na área da saúde, com vistas a fortalecer as diretrizes do sistema por meio da adequação ao perfil profissional, mudança de ótica sobre o cuidado e formação do profissional cidadão, competente técnica e politicamente.

2.1.1 Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA¹²

HUMAN RESOURCES FORMATION OF HEALTH IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN BRASIL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMO

A Revisão Integrativa da Literatura analisou temáticas de estudos relacionados à formação de profissionais orientada para o Sistema Único de Saúde, de 2001 a 2012. Para a busca, em outubro de 2012, utilizaram-se os descritores: “Formação de Recursos Humanos” and “Sistema Único de Saúde”, em consulta ao portal Biblioteca Virtual em Saúde. Foram encontrados 86 trabalhos e 30 contemplavam os critérios de inclusão, os quais foram analisados, identificando-se as dimensões temáticas: Princípios e diretrizes do SUS como orientadores da formação; Necessidades do usuário e dos serviços de saúde e Papel dos diferentes sujeitos e organizações na mudança. Confirma a importância da formação como operadora essencial das mudanças na prática dos trabalhadores da saúde. Recomenda-se a realização de pesquisas com vistas ao fortalecimento dos dispositivos de reorientação da formação e ao aprofundamento do debate.

PALAVRAS-CHAVE: Formação de Recursos Humanos; Sistema Único

¹² Manuscrito aprovado em 2013 para publicação no periódico: Educação em Revista.

de Saúde; Educação Superior.

ABSTRACT

The Integrative Review of Literature has analyzed issues related to professional's formation of Brazilian National Health System, from 2001 until 2012. The search, coleted in October of 2012, used the descriptors: "Human Resources Formation" and "Single Health System", was performed by consulting the Health Library Virtual Portal. We found 86 studies, for them 30 contemplating the inclusion criteria for the search, which were analyzed and classified identifying the following themes: Health System principles and guidelines as formation determiners; User needs and health services needs and Role of different individuals and organizations in the change. Confirms the importance of training for guiding the changes in the practice of the health care workers. It is recommended to conduct research to strengthening the devices retraining and to further debate.

KEYWORDS: Human Resources Formation; Unified Health System; Education Higher.

INTRODUÇÃO

Há evidências quanto ao bom desempenho da Atenção Básica (AB) à Saúde na orientação de sistemas públicos, em especial no que diz respeito à produção de atos de cuidar indivíduos e grupos sociais que favoreçam a integralidade, a humanização e a qualidade da atenção dispensada (MOROSINI, CORBO, 2007). No Brasil, o ideário da Reforma Sanitária, incorporado pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), demandou dos serviços uma nova lógica no desenvolvimento das práticas dos trabalhadores, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da AB (ALMEIDA; SOARES, 2002).

Apesar das discussões sobre medidas de fortalecimento da política de saúde na direção de um modelo integral e promotor da saúde (BRASIL, 2006), permanecem problemas no campo da formação dos profissionais, revelando um distanciamento destes – com orientação biologicista e conteudista – em relação à práticas interdisciplinares e que favoreçam a (co)responsabilidade e os vínculos (inter)profissionais. O reflexo desta formação ocasiona para o trabalhador o dilema de conviver com dois modelos antagônicos e dificulta o desenvolvimento de atividades, para além de suas reais aptidões e preparo.

Como medida de reversão desse cenário, se aposta na formação de profissionais comprometidos com a construção da autonomia e do protagonismo de sujeitos e coletivos, valorizando as dimensões subjetiva e social das práticas de cuidado e de gestão em saúde (BRASIL, 2004a). As estratégias para esta medida convergem com a demanda do artigo 200, inciso III da Constituição Federativa do Brasil, o qual refere que cabe ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos” para a área da saúde (BRASIL, 1988). Contudo, a ocorrência de intentos constitucionais que atribuem à saúde a responsabilidade pelo ordenamento da formação não garante e nem significa que o setor, de maneira isolada, consiga cumprir essa missão (AMÂNCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) constituiu estratégias de diálogo com o Ministério da Educação (MEC), buscando viabilizar o cumprimento do pleito constitucional. Tanto nos serviços, quanto nas escolas técnicas e universidades, foram tomadas medidas para reordenar a formação, a qualificação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, de forma a combater o modelo hegemônico. O novo olhar demandou a participação ativa do trabalhador na construção do SUS, além da valorização da dimensão criativa do sujeito em formação, inaugurando um novo patamar de articulação ensino-serviço ao aproximar o mundo da formação e o mundo do trabalho em saúde (ALMEIDA; SOARES, 2002).

Nas décadas de 1980 e 1990, foram iniciados os primeiros movimentos de aproximação desses mundos, com base nos pressupostos teórico-metodológicos apresentados pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) para desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (FERRAZ *et al.*, 2012). Dentre esses movimentos, destacam-se o Projeto Larga Escala e, posteriormente, os Projetos de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU) e de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS). Em 1996, o MS criou os Polos de Educação Permanente em Saúde da Família, com o objetivo de orientar as mudanças no modelo de formação dos recursos humanos (FERRAZ *et al.*, 2012).

No intuito de adequar a formação na área de forma coerente com as necessidades do SUS, foram aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, em 2001, as quais proporcionam as bases para essa reorientação no mundo do ensino. A exemplo das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, a formação deve atender às necessidades sociais da saúde,

com ênfase no SUS, garantindo que o cuidado seja prestado de forma integral, humanizado e com qualidade (BRASIL, 2001).

Em 2003, o MS evidenciou a preocupação em articular educação e regulação da força de trabalho nos serviços. Por meio de parcerias e do diálogo com o MEC e outros órgãos, o MS criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Organizada em duas divisões – Departamento da Gestão da Educação na Saúde e Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde –, a SGTES desenvolveu programas para estruturar e fortalecer o processo de formação e de desenvolvimento de recursos humanos, com o objetivo de melhorar a qualidade e a resolubilidade da AB (BRASIL, 2004b; HADDAD *et al.*, 2008).

Em fevereiro de 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e, como ação estratégica para sua efetivação, foram reorganizados os Polos de Capacitação em Saúde da Família como Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Esses deveriam superar a fragmentação da educação na saúde, ao apoiar a integração entre o ensino e o serviço, entre a formação e a gestão e entre o desenvolvimento institucional e o controle social (FERRAZ *et al.*, 2012).

A Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007 apresenta novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, mantendo contudo, em nível de estados e regiões, alguns pressupostos da Portaria anterior, como as necessidades de considerar especificidades regionais e investir no desenvolvimento para o trabalho em saúde, com vistas à superação das desigualdades regionais, além de considerar a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2004a; 2007a; FERRAZ *et al.*, 2012).

Essa mesma Portaria define que a condução regional da política implicará na cooperação entre os Colegiados de Gestão Regional (CGR) – atualmente, designados de Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011) – e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento, que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS. As CIES devem ser compostas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e movimentos sociais ligados à gestão das políticas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007a).

Na perspectiva da PNEPS, a cooperação técnica entre o MS e o MEC articula outras ações, denominadas estruturantes, relacionadas à

reorientação da formação de profissionais da saúde, visando à integração ensino-serviço-comunidade, dentre as quais, destacam-se: fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS; formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Saúde Bucal; Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); Telessaúde; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); Residência Multiprofissional em Saúde; Residência Médica; entre outros (HADDAD *et al.*, 2008).

A lógica desses processos educativos prevê que a resposta às demandas para a educação e a formação podem ter mais êxito se apoiadas em metodologias problematizadoras, ancoradas na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, tendo por base a identificação de necessidades de qualificação implicadas nos processos de trabalho em saúde. Requerem, portanto, ações integradas às redes de serviços de saúde e do controle social no setor. A transformação das práticas só é possível a partir da interação com a realidade e é por meio do desenvolvimento da capacidade de aprender fazendo que essa transformação se consolida (FREIRE, 2005), refletindo no perfil profissional.

Estudo sobre o alcance dos programas e políticas ordenadores da formação de profissionais de saúde no Brasil aponta limitado número de publicações no caráter de revisões sistematizadas sobre o tema. Recomenda esse tipo de pesquisa, a fim de analisar tais programas e/ou políticas, de forma a contribuir em sua implementação (FERRAZ *et al.*, 2012). Esse aspecto justifica a revisão apresentada, a qual tem como objetivo analisar as temáticas de estudos sobre a formação de recursos humanos em nível de graduação, voltada para o SUS, na última década.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratório descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987), com foco na seguinte pergunta: quais são as dimensões temáticas dos estudos sobre a formação de profissionais de saúde orientada para o SUS, no Brasil, no período de 2001 a 2012?

O protocolo de pesquisa, elaborado e validado em fevereiro de 2012, seguiu as seguintes tarefas para a revisão: seleção da questão de pesquisa; definição de critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabelas;

análise crítica dos achados; interpretação dos resultados; e reprodução clara da revisão (GANONG, 1987). Adotaram-se como critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões); estudos nos idiomas inglês, português ou espanhol publicados no período de 2001 a 2012; trabalhos disponibilizados online, com os seguintes unitermos: “Formação de Recursos Humanos” *and* “Sistema Único de Saúde – SUS” evidenciados no estudo. Constituíram critérios de exclusão: estudos voltados à formação em outro nível que não a graduação na área da saúde; revisões bibliográficas não sistematizadas; cartas; resenhas; editoriais; publicações do tipo: livros, capítulos de livros, publicações de autoria governamental, boletins informativos, monografias, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, resumos, trabalhos oriundos de eventos, estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise, estudos duplicados.

A busca livre de artigos foi realizada com base na consulta ao portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME). Foi selecionado o item “pesquisa na bvs” com os descritores (sem aspas); selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”, garantindo a realização da busca em todas as bases que compõem a BIREME. No item “idioma” da coluna a esquerda do site, foram selecionado os idiomas: português, inglês e espanhol.

A busca primária dos estudos ocorreu em outubro de 2012 e percorreu o caminho apresentado na Figura 1.

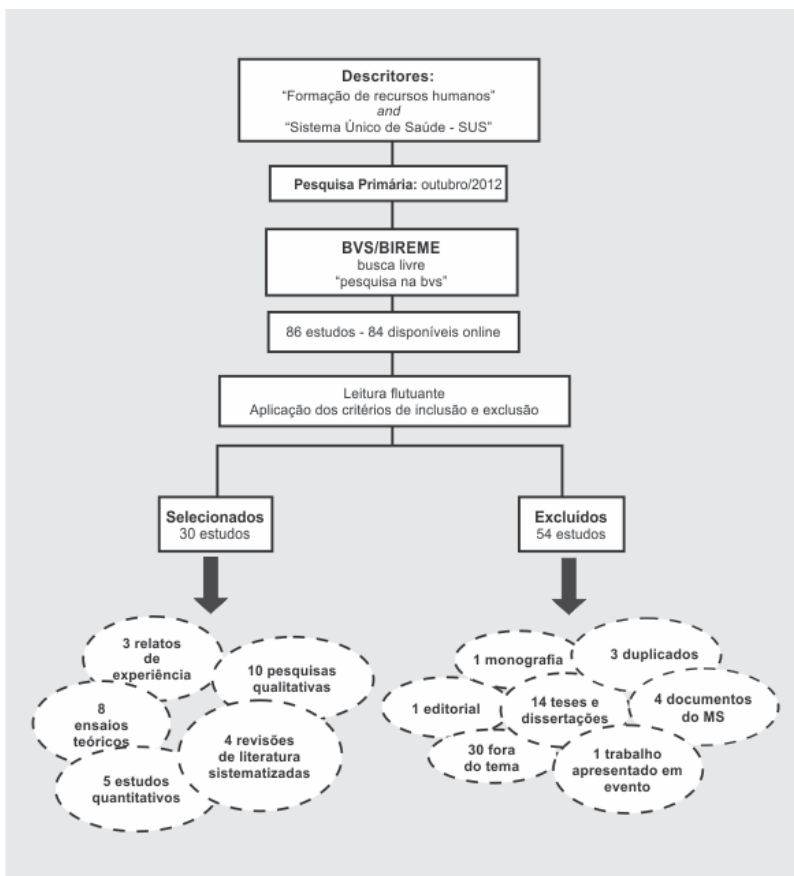


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa.

De um total de 86 artigos identificados, 84 estavam disponíveis online. Os estudos pré-selecionados para análise foram dispostos em uma matriz com as seguintes informações organizadas em pastas do Microsoft Word®: título, autores, periódico, ano, natureza do estudo, objetivos e principais achados/conclusões.

A análise dos achados foi realizada a partir da leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo desta pesquisa. No âmbito de cada item da matriz, as ideias foram agrupadas por similaridade, de modo a compor uma síntese

narrativa e estruturar as “dimensões temáticas” dos estudos. Após novas leituras dos textos completos, outros estudos foram descartados, por não atenderem os critérios definidos.

A avaliação seguiu o modelo analítico de Ganong (1987), que orienta a revisão integrativa da literatura. Por esse motivo, não ocorreu o envolvimento direto com seres humanos, não sendo necessária a aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir apresenta os 30 artigos selecionados e analisados, organizados segundo periódico e ano de publicação (Quadro 1).

Quadro 1 - Publicações sobre formação para o SUS, segundo periódico e ano.

TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
E1. 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	Ciê. saúde coletiva	2002
E2. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS	Rev Bras Enferm	2003
E3. O SUS e a formação de recursos humanos	ACM arq. catarin. med	2003
E4. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde	Rev Bras Enferm	2004
E5. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde	Rev. bras. educ. méd	2005
E6. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde	Rev. bras. educ. méd	2007
E7. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde	Com. Ciências Saúde	2007
E8. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica	Rev. bras. cancerol	2007
E9. Formação de profissionais de saúde	Rev. baiana saúde	2007

TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
na perspectiva da integralidade	pública	
E10. Programas de Residência Médica em oncologia orientados por competência: trajetória de uma construção coletiva	Rev. bras. cancerol	2007
E11. Significado do Programa Vivência e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde	Acta Paul Enferm	2008
E12. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família	Ciênc. cuid. saúde	2008
E13. Administração em enfermagem: desvelando as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas de seu ensino em João Pessoa/PB	Ciênc. cuid. saúde	2008
E14. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil	Rev. Enferm. UERJ	2008
E15. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde	Interface comun. saúde educ	2009
E16. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)	Saúde soc	2009
E17. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família	Trab. educ. saúde	2009
E18. A formação em psicologia e o profissional da saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde)	Arq. bras. psicol.	2009
E19. Programa de aprimoramento profissional em terapia ocupacional	Rev. Ciênc. Méd.	2009
E20. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde	Rev. APS	2010
E21. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais	Trab. educ. saúde	2010
E22. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais	Interface comun. saúde educ	2010
E23. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do	Esc Anna Nery Rev Enferm	2010

TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN		
E24. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado	Saúde Soc	2011
E25. A Odontologia no contexto do sistema único de saúde de Montes Claros, Minas Gerais	Arq Odontol	2011
E26. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação	Arq Odontol	2011
E27. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em odontologia	Interface comun. saúde educ	2011
E28. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia	Interface comun. saúde educ	2011
E29. O PET-Saúde como ferramenta estratégica de implantação de um curso de medicina em uma universidade pública: relato de uma experiência	Rev. bras. educ. méd	2012
E30. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia	Acta bioeth	2012

De maneira geral, chama a atenção a escassez de publicações sobre o tema, sobretudo, em periódicos editados fora do Brasil. A partir de 2005, esse quadro modifica-se; pois, nessa época, ganham *status* de política pública as ações voltadas à formação de recursos humanos direcionada aos desígnios do SUS.

Um quantitativo considerável de trabalhos trata da formação de recursos humanos na odontologia (seis estudos), seguidos por trabalhos que se referem à enfermagem (cinco estudos), medicina (três estudos), psicologia (um estudo) e farmácia (um estudo). Os demais estudos abordam a formação de recursos humanos orientada para o SUS, sem especificar a categoria profissional. Esse aspecto confirma a preocupação das diferentes áreas com a temática.

A maior parte dos estudos são referentes a 2007, 2009 e 2011, conforme demonstra o **Gráfico 1**. Esse achado pode estar relacionado com os efeitos das Ações Estruturantes Interministeriais de Reorientação da Formação de profissionais da saúde, intensificadas a partir de 2005, com as propostas integradas entre as Secretarias de Saúde e as

Instituições de Ensino Superior (IES) (HADDAD *et al.*, 2008; BRASIL, 2007b). Outro fato que marcou esse período foi a revisão da PNEPS, em 2007, estimulando propostas integradas voltadas à Educação Permanente dos profissionais da saúde (BRASIL, 2007a).

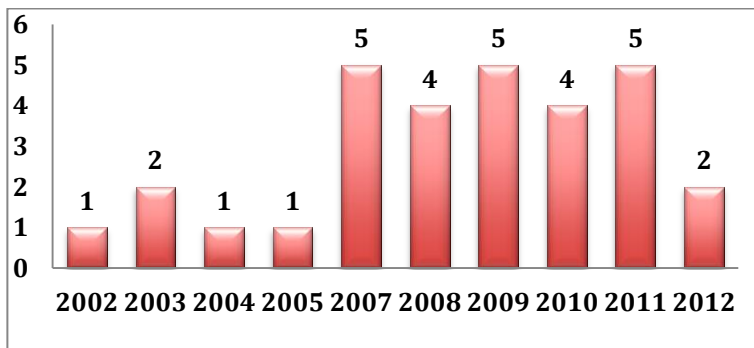


Gráfico 1 - Produção brasileira sobre formação para o SUS, segundo ano de publicação.

Evidencia-se uma forte tendência para realização de estudos empíricos com abordagem qualitativa (10) sobre a temática, sendo apenas cinco com abordagem quantitativa. É expressivo o quantitativo de trabalhos publicados no formato de ensaios teóricos (oito), seguido de relatos de experiência (três) e de revisões de literatura sistematizadas (quatro), como ilustra o **Gráfico 2**.



Gráfico 2 - Estudos brasileiros sobre formação para o SUS, segundo abordagem.

A partir da análise dos achados, foram extraídas as seguintes dimensões temáticas (DT), tendo em vista o referencial teórico que norteou o estudo relacionado à formação de recursos humanos orientada para a lógica do SUS: **DT1) Princípios e diretrizes do SUS como orientadores da formação;** **DT2) Necessidades do usuário e dos serviços de saúde;** e **DT3) Papel dos diferentes sujeitos e organizações na mudança.**

O Quadro a seguir (**Quadro 2**) ilustra o panorama geral dos resultados, por meio de uma listagem das principais temáticas identificadas, suas características e estudos que se destacaram em cada uma delas. Na sequência, apresentam-se as referidas DT e a análise mais detalhada dos respectivos estudos, que as compõem.

Quadro 2 - Panorama síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivas dimensões temáticas às quais pertencem.

PANORAMA SÍNTESE DOS RESULTADOS		
Dimensões Temáticas (DT)	Características	Estudos (E)
DT1 - Princípios e diretrizes do SUS como orientadores da formação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mudanças no mundo do trabalho implicam movimentos que favoreçam o exercício da cidadania, os quais se iniciam no mundo do ensino. ✓ São considerados requisitos para a formação aspectos como solidariedade, vínculo, trabalho em equipe, humanização e capacidade de diálogo. ✓ Integralidade abordada como princípio fundamental para reorientar a formação e repensar processos de trabalho. ✓ Currículos e Projetos Pedagógicos podem ser espaços de conscientização sobre a política. ✓ Ações Estruturantes Interministeriais como importantes movimentos voltados 	E9 E12 E15 E17 E18 E19 E23 E25 E30

	às mudanças da formação, por meio do estímulo a competências e a habilidades dos sujeitos.	
DT2 - Necessidades do usuário e dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adequar a educação/formação em saúde ao contexto das necessidades sociais. ✓ Necessidade de um perfil profissional generalista e conhecedor da comunidade/realidade. ✓ Inserção dos estudantes no cenário das práticas do SUS favorece a evolução do conhecimento. ✓ Ações Estruturantes Interministeriais como dispositivo favorável à integração ensino-serviço. 	<p>E5 E6 E7 E8 E11 E12 E15 E16 E17 E20 E21 E22 E23 E25 E26 E27 E28 E29</p>
DT3 - Papel dos diferentes sujeitos e organizações na mudança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamental papel dos docentes e da IES no processo de mudança. ✓ Necessidade de formação dos professores para o exercício da docência. ✓ Importância de ampliar parcerias entre IES e serviços e assegurar o envolvimento de outras esferas da área da saúde e da educação (integração ensino-serviço), além da participação social. ✓ Transformação dos poderes individuais em autoridade compartilhada no processo (mesa de articulação e gestão). ✓ EPS como estratégia de integração ensino-serviço-comunidade. ✓ Necessidade de ter o usuário cada vez mais inserido no contexto da formação. 	<p>E1 E2 E3 E4 E5 E7 E8 E9 E10 E11 E13 E14 E17 E16 E21 E22 E24 E26 E27 E28</p>

Princípios e diretrizes do SUS como orientadores da formação

Os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e a organização desse Sistema no Brasil. O arcabouço legal do SUS é constituído fundamentalmente, por documentos que orientam sua estruturação e organização, tendo em vista a consolidação dos princípios e diretrizes definidos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Lei Nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) (BRASIL, 1990), esta última regulamentada recentemente pelo Decreto 7.508 (BRASIL, 2011).

No âmbito das Políticas que regulamentam o SUS, cumpre destacar a Política Nacional de AB, tendo a ESF como eixo fundamental, que tem como objetivo desenvolver a atenção integral, com vistas a favorecer a autonomia das pessoas e impactar nos determinantes e condicionantes de saúde, contribuindo na melhoria da situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). A integralidade é, de maneira geral, uma das diretrizes e princípios ressaltados no debate dos artigos incluídos na DT1 desse estudo, entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p).

Nove publicações da DT1 abordam aspectos relacionados à concepção de saúde tratada nas IES, discutindo a necessidade de contemplar os princípios e diretrizes do SUS nas ações que visam à reorientação da formação profissional. Para três autores, o fato de a formação estar ancorada no modelo biomédico de ensino implica em um grande obstáculo para a conformação de novas práticas (MORETTI-PIRES, 2009; FIUZA *et al.*, 2011; GUARESCHI *et al.*, 2009).

Ao debater a formação do médico, do enfermeiro e do odontólogo e sua adequação à visão ampliada de saúde e aos princípios do SUS, Moretti-Pires (2009) critica em seu trabalho (E15) a formação fragmentada em especialidades, a qual não se pauta no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e tem pouca ênfase no SUS e na ESF. Há nos processos de formação insuficiente vivência prática em saúde na comunidade, indicando a priorização da técnica e do trabalho individual, focado na doença. Em alguns casos, as disciplinas que se referem à dimensão social estão desintegradas/dispersas ao longo do currículo.

Nessa mesma direção, Costa e Miranda (2009) (E17) realizam uma reflexão sobre a formulação da política de recursos humanos em saúde no Brasil, no que diz respeito à reorganização das instituições de ensino superior e à reorientação de novos modelos pedagógicos no desenvolvimento de profissionais de saúde, a partir dos problemas sociais da população e com vistas ao fortalecimento da ESF. Para esses autores, é necessário:

[...] rediscutir o papel da educação nesse contexto e as suas respostas ao grande processo socioeconômico de mudança que afeta, num ritmo acelerado, todos os setores da sociedade, lembrando-se que um processo educativo não pode apenas se subordinar às exigências que as contingências histórico-produtivas impõem, mas deve ser um meio de alcançar as necessárias e eticamente exigidas mudanças no mundo do trabalho, para um exercício pleno da cidadania. (COSTA; MIRANDA, 2009, p. 505-506).

No estudo realizado na área de psicologia (E18), Guareschi *et al.* (2009) revelam que a influência da medicina no currículo representa a base da formação e da prática nessa área, ou seja, são priorizadas as pesquisas epidemiológicas em detrimento dos aspectos históricos e culturais sobre saúde, resultando em fragmentação disciplinar. Os currículos privilegiam a avaliação psicológica e as psicopatologias, ao invés da concepção de saúde implicada ao cuidado e na promoção das condições de vida dos sujeitos. Para os autores:

O currículo é um campo em que estão em jogo múltiplos elementos, os quais estão implicados em relações de poder e compõem uma política cultural. Analisar os espaços institucionais de educação e seus currículos como ‘territórios de produção, circulação e consolidação de significados, como espaços privilegiados de concretização da política de identidade’ (COSTA, 1999, p. 38), faz-nos pensar que quem tem força nessa política impõe ao mundo suas representações, isto é, propõe o universo simbólico de sua cultura particular (GUARESCHI *et al.*, p.37).

Esses trabalhos convergem para o ideário de que a formação de recursos humanos, orientada para o SUS nas IES apresenta desafios relacionados a currículos que dificultam o processo educativo, a questões relacionadas ao próprio modelo de saúde biomédico, ainda, hegemônico nos serviços e nas IES e, principalmente, à falta de compromisso de todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Mudanças efetivas no mundo do trabalho requerem movimentos que favoreçam o pleno exercício da

cidadania, os quais se iniciam no mundo do ensino, sobretudo nos privilegiados espaços curriculares.

Nessa mesma ótica, o conjunto dos resultados da investigação (E23) de Costa e Miranda (2010) aponta que os Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação na área da saúde devem contemplar a divulgação e a reflexão crítica do SUS e seus princípios, para que os profissionais ou egressos possam colaborar com a construção de um sistema justo, digno, solidário, resolutivo, atendendo à integralidade, à qualidade e à humanização do atendimento. Seus achados fazem concluir que, apesar das boas intenções, os estudantes de enfermagem consideram que as estratégias de implementação mostraram-se frágeis para dar conta da concretização do ideal expresso no Projeto Pedagógico: habilitar o enfermeiro para o SUS.

Na investigação (E30) de Fiuza e colaboradores (2011), são avaliadas as concepções e as dimensões relacionadas a AB junto a estudantes de odontologia de uma universidade pública no Brasil. Consideram que os princípios da AB, como solidariedade, (co) responsabilidade, vínculo e capacidade de diálogo são requisitos na atuação dos profissionais de saúde. O estudo revela que os profissionais continuam sendo formados em um modelo que não responde às necessidades e desafios exigidos pelo SUS. Sinaliza a importância da visão ampliada do processo saúde-doença, a partir de posturas profissionais adequadas para o trabalho na AB, sobretudo em relação à dimensão “humanização”, a qual valoriza a ética e a solidariedade, o vínculo e a responsabilização, nesse nível de atenção (FIUZA *et al.*, 2011).

A revisão de literatura (E9) realizada por Araújo *et al.* (2007), discute a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde. A formação, orientada nessa perspectiva, deve considerar como eixos norteadores para sua construção: a concepção integral do ser humano, a abordagem multidisciplinar, a atenção global, o desenvolvimento da capacidade de diálogo, a visão generalista, entre outros saberes da assistência individual e da saúde coletiva, dentre eles, a EPS e conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde.

Para além da solidariedade, do trabalho em equipe, da humanização e da capacidade de diálogo, a formação orientada para a integralidade é considerada requisito fundamental na formação de recursos humanos para o SUS. A integralidade aparece nos trabalhos como importante princípio (re)orientador das práticas de saúde, a partir de sua inserção na Constituição Federal (BRASIL, 1988), quando se propõe que as ações e os serviços de saúde devem compor uma rede organizada

segundo três diretrizes, uma delas sendo a integralidade da atenção. Formar profissionais nessa perspectiva significa, não somente a ruptura do modelo de formação, mas também a (re)organização dos serviços e processos de trabalho.

O estudo transversal analítico (E25) de Coelho *et al.* (2011) demonstra que muitos dos profissionais atendem à atual proposta de atuação junto ao SUS, o que requer do cirurgião-dentista novas competências e habilidades, como a educação em saúde e a participação junto ao Conselho Municipal de Saúde. Isto se deve, entre outras coisas, às propostas dirigidas aos cursos da área da saúde, como o “Pró-Saúde, que tem a perspectiva de reorientar a formação em saúde, também em odontologia, incentivando a integração do ensino ao serviço público de saúde” (COELHO *et al.*, 2011, p. 70).

Alguns resultados, também, apontam para a necessidade de que iniciativas de formação permanente ocorram em consonância com as diretrizes da política nacional de saúde e voltados aos desígnios do SUS, a partir de um modelo que envolva competência, técnica e resolutividade. Para os autores de um dos estudos (E12), “a falta de preparo e/ou capacitação é considerada pelos trabalhadores como uma situação angustiante, que dificulta a realização das atividades necessárias à saúde da população, bem como a resolução dos problemas diagnosticados na comunidade, gerando insatisfação no trabalho” (CAMELO; ANGERAMI, 2008, p. 50).

Na literatura, ainda, encontrou-se algum destaque para a formação a partir de treinamento em serviço, caso do Programa de Aprimoramento Profissional, cuja experiência relatada teve como objetivo desenvolver modelos assistenciais em Terapia Ocupacional e criar novos projetos terapêuticos, pautados na demanda dos usuários dos serviços do SUS. O estudo (E19) afirma que o Programa ganhou destaque, como política pública estadual, para a formação continuada de profissionais (TOLDRÁ; MUÑOZ PALM, 2009).

Os trabalhos organizados nesta DT, confirmam que a mudança no modelo de atenção e nas práticas de saúde implica na reestruturação curricular, por meio de uma abordagem coerente com a integralidade e a resolutividade, sem deixar de lado aspectos como solidariedade, vínculo, trabalho em equipe, humanização e capacidade de diálogo, fortalecendo a atitude cidadã dos futuros profissionais. Os estudos abordam as políticas interministeriais como importantes movimentos que estão se conformando na direção de mudanças efetivas na formação de profissionais e, por conseguinte, no modelo assistencial. O Pró-Saúde, assim, como o PET-Saúde, na qualidade de dispositivos de reorientação

da formação de profissionais da saúde, implicam ainda, em ações de EPS, ao considerarem a integração ensino-serviço-comunidade como pressuposto fundamental.

Necessidades do usuário e dos serviços de saúde

No que se refere à ação educativa, o educador Paulo Freire argumenta sobre a necessidade de que educador e educando atuem como sujeitos de sua prática, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano, num movimento de permanente diálogo, e no qual os sujeitos são protagonistas (FREIRE, 2001; 2005). A conscientização implica em desvelar a realidade, numa unidade indissolúvel entre a ação e a reflexão sobre essa realidade em transformação, da qual o homem participa como sujeito histórico. Reconhecer a realidade como passível de mudança, torna os homens corresponsáveis em sua construção e transformação e, dessa forma, conscientes de sua capacidade de, em conjunto com outros, intervir sobre essa realidade (FREIRE, 2001).

Nessa ótica, também a PNEPS prevê a aprendizagem no trabalho, contexto em que “o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2007a, s/p).

A DT2 envolveu 18 estudos que tratam da necessidade de um perfil profissional generalista e conhecedor da realidade local na qual atua. Esses aspectos têm sido intensificados pelas iniciativas de aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, as quais implicam a integração ensino-serviço e na participação de outros setores, (co) responsáveis no processo. Os estudos demonstram preocupação com a formação de docentes voltados para essa lógica de atuação, bem como, que utilizem metodologias de ensino baseadas no diálogo, que tendam à autonomia e à formação cidadã.

O estudo (E5) de Amoretti (2005), aborda a questão da educação médica no contexto das necessidades sociais de formação de recursos humanos para a organização do SUS. Refere que o treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias consagrou as residências médicas e a lógica da capacitação em serviço ancoradas no aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino. A gestão político-administrativa das instituições de saúde, públicas ou privadas, orientou-se, de maneira geral, por essa via. Considera importante ampliar as parcerias entre as instituições formadoras e assegurar o envolvimento de outras esferas da área da saúde e da educação, sem as quais a

legitimidade do processo não ganha a força do valor legal e de diretriz de política pública.

Cotta e colaboradores (2007), em seu ensaio sobre a demanda por recursos humanos habilitados para atuar em situações de pobreza e desigualdade (E6), propõem a discussão sobre a formação profissional adequada às necessidades do sistema de saúde, considerando seus usuários e as condições de desigualdade e injustiça social. Para esses autores, aliar as competências dos trabalhadores de saúde às demandas das diferentes coletividades é condição real para a educação bem sucedida no campo da saúde. Isso requer dos profissionais conhecer a realidade, adentrar na comunidade e "buscar delimitar seu papel, seu lugar e espaço no 'território-processo'" (COTTA *et al.*, 2007, p. 283).

É importante que se exercite, diuturnamente, a "arte da alteridade", ou seja, o abrir-se ao outro, às suas diferentes representações sociais e formas de enfrentamento das adversidades do cotidiano, movimento capaz de permitir a construção de novos significados (COTTA *et al.*, 2007, p. 283).

Em sua revisão de Literatura sobre a temática (E20), Almeida *et al.* (2010) afirmam que a transformação do modelo passa, necessariamente, pela sensibilização social do cirurgião dentista e pelo fortalecimento da cidadania por parte dos usuários.

Embora importantes no processo de construção do SUS, os instrumentos legais de controle e participação social são inócuos para uma sociedade alienada e, desta forma, retarda as transformações necessárias ao sistema em desenvolvimento (ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 128).

Esses e outros estudos dessa DT corroboram para a participação social nos movimentos de formação voltados à consolidação do SUS, por meio do reconhecimento das diversidades regionais e locais dos serviços e dos municípios. Destacam, ainda, o incentivo à práticas tecnoassistenciais e de gestão político-administrativa participativa e integrada entre os diferentes serviços de saúde.

Nessa perspectiva, estudo (E28), realizado com graduandos do Curso de Farmácia de uma universidade pública do Brasil sobre suas percepções em relação à assistência farmacêutica no serviço de saúde público, aponta o aspecto tecnicista hegemônico, ainda característico da

educação e da prática profissional farmacêutica tradicional, aspecto presente na motivação inicial dos estudantes para estudar farmácia (NICOLINE; VIEIRA, 2011).

Finkler e colaboradores (2011), em seu estudo (E27), dizem que o MS implementa dispositivos de reorientação da formação, de maneira convergente com as DCN, o que facilita a inserção na rede de serviço. As mudanças na formação, de acordo com os autores, requerem democratização de espaços de poder e, por isso, os cursos precisariam investir não só no trabalho multiprofissional interdisciplinar e na efetiva integração ensino-serviço, mas também na atuação intersetorial, no controle social, na associação entre estudo e trabalho e na transformação do poder em autoridade compartilhada.

A integração poderá acontecer quando existir, tanto para a escola quanto para a rede, uma intencionalidade complementar e convergente, com objetivos comuns e peculiares, capazes de constituir espaços pedagógicos com vivências que possibilitem, para ambas, ganhos reais. Neste contexto, a realidade que ensina é, ao mesmo tempo, objeto do aprendizado, gerando reflexão, crítica e autocrítica, constituindo-se no substrato fundamental à formação pessoal e profissional do acadêmico (WERNECK, *et al.*, 2007 *apud* FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011, p. 1065).

Nessa mesma ótica, o relato de experiência do PET-Saúde (E29) confirma a relevância da ampliação dos cenários de prática e da criação de espaços de aprendizagem dialógicos para a “formação de médicos mais humanos, éticos, plenamente integrados ao SUS, preparados tanto para a prática profissional, quanto para os encontros da vida, para a construção de um sistema de saúde que atenda às necessidades da população [...]” (DIAS *et al.*, 2012).

Destaca-se, mais uma vez, a dimensão que vêm assegurando as Ações Estruturantes Interministeriais como dispositivos de incentivo à transformação do processo de geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, com objetivo de corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS. A inserção precoce dos estudantes no cenário real de práticas do SUS, a abordagem integral do processo saúde-doença e a ênfase na AB desde o início da formação, favorecem a

evolução do conhecimento, sobretudo, pela motivação e o despertar da consciência crítica dos sujeitos.

Esses achados fazem refletir que a inserção do estudante na realidade dos trabalhadores do SUS favorece a formação de profissionais com perspectiva inovadora e abordagem crítico-reflexiva, pois permite o contato mais íntimo com a comunidade. Assim, a realidade vivenciada é refletida, podendo direcionar a transformação da prática, mediante a crítica e autocrítica, constituindo-se como elemento fundamental à formação pessoal e profissional do acadêmico. Cumpre destacar, nesta perspectiva, a integração ensino-serviço como fomentadora de tais possibilidades, ao aproximar os mundos do trabalho e do ensino em saúde, ambos inseridos no contexto concreto de vivência e convivência dos usuários.

Papel dos diferentes sujeitos e organizações na mudança

Ao compreender a sua condição de ser inacabado, o homem se torna ético e percebe que “os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 75). Nessa perspectiva, os pressupostos elucidados nas DCN consideram como habilidade imprescindível ao futuro profissional da saúde a capacidade de aprender a aprender, além da responsabilidade de educar-se continuamente, tanto durante a sua formação, quanto durante a sua prática laboral (BRASIL, 2001).

Nos 20 estudos referentes à DT3 são abordados aspectos das Ações Estruturantes Interministeriais de Reorientação da Formação de profissionais da saúde, sobretudo em relação à contextualização histórica do processo e à importância dos diversos sujeitos estarem envolvidos efetivamente no processo. Abordam, ainda, a necessidade de investir-se na formação de professores para atuar nessa lógica, a partir de uma postura profissional condizente com a prática docente.

Entre as publicações, vale destacar o ensaio teórico (E1) realizado em 2002, por Ceccim e colaboradores (2002), o qual problematiza a identificação das intersecções Gestão em Saúde e Formação de Pessoal para o SUS, a partir da compilação de informações constantes na legislação do SUS e nos fóruns de participação em saúde. Na discussão que se faz presente no estudo, destacam-se os apontamentos dos autores sobre os elementos para a consolidação da interface formação-gestão, evidenciados durante a XI Conferência Nacional de Saúde, sobretudo, relacionados aos argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde. Nessa mesma Conferência, amplia-se o debate sobre os currículos de formação na área

da saúde e reafirma-se a deliberação da X Conferência, sobre a revisão do currículo mínimo. “Em 2001, o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de ‘currículo mínimo’ para as profissões superiores pelo conceito de ‘Diretrizes Curriculares’”. Em relação à EPS, os participantes da XI Conferência destacaram a necessidade de as esferas de governo assumirem sua parcela de responsabilização com a formação e desenvolvimento de profissionais da saúde, ao destinar financiamento para a qualificação de pessoal (CECCIM *et al.*, 2002, p. 381).

Esse resgate histórico permite perceber como vem ocorrendo, de forma gradativa, o envolvimento de outros setores na construção das políticas públicas que hoje regulamentam e conduzem a formação em saúde no Brasil.

Orientando-se por essa mesma linha de retrospectiva histórica, em 2003, Cutolo (2003) analisa em seu trabalho (E3) a criação dos Polos de Educação Permanente, como um movimento rumo à execução da estratégia de formação de recursos humanos para o SUS e propõe a busca de articulação intersetorial para a mudança nas esferas de formação e, por conseguinte, para a mudança do modelo de atenção. Considera que as mudanças nas práticas do SUS pressupõem uma articulação entre núcleo formador, rede de serviços, gestor profissional da saúde, comunidade e controle social. Essa relação não hierarquizada é baseada no princípio da roda, na qual a mesa de articulação constitui-se em espaço de planejamento, gestão de políticas educacionais, agregadoras e não fragmentadas.

A pesquisa (E2) de Freire *et al.* (2003) aponta dificuldades e desafios encontrados no decorrer do processo de mudança, rumo à consolidação do SUS. Dentre eles, refere a fundamental transformação das pessoas e suas percepções, a qual tem se mostrado difícil, lenta, conflituosa e complexa. Essa habilidade requer trabalhar dimensões como a subjetividade e a afetividade no cuidado, nas quais se revelam menor acúmulo de experiências. A resistência à mudança está associada a diversas circunstâncias, como a falta de adesão ao referencial pedagógico por parte dos docentes, a perda de poder, a falta de responsabilidade e de apropriação em relação ao processo de mudança, a falta de habilidade na aplicação das novas tecnologias pedagógicas, entre outros.

Ainda no que se refere à prática docente, os estudos revelam (E21, E28) que grande parte dos professores do ensino superior não teve em sua formação o adequado preparo para a docência. Preocupados com o “domínio de conteúdo”, o corpo docente nem sempre consegue dar conta dos aspectos pedagógicos, o que exige condições de qualificação e

desenvolvimento, para que o processo de ensino aprendizagem seja mais efetivo (MORAES; LOPES, 2010; NICOLINE, VIEIRA, 2011).

Canônico e Brêta (2008), apontam em seu trabalho (E11) que o grande desafio na formação dos estudantes da área da saúde para atuarem no SUS encontra-se na tomada de consciência por parte dos docentes, sobre a premência de se instrumentalizar técnica, científica e politicamente os futuros profissionais, frente às questões sociais e políticas do país. A defesa do SUS, portanto, suscita o diálogo entre o potencial humano que o estudante tem, o conteúdo teórico-prático que lhe é oferecido na graduação e a sua participação em movimentos sociais organizados entre eles, o estudantil. Para tanto, são fundamentais os papéis desempenhados pelo professor e pela IES. Isso é reforçado em outro estudo (E16), que aponta como um dos desafios do SUS, o trabalho em saúde, função que recai, também sobre as instituições de ensino, principalmente, a universidade, como um desafio que exige redefinição de processos de formação e adequação dos currículos a partir dos projetos pedagógicos comprometidos com o SUS (MARTINS *et al.*, 2009).

Apesar das prerrogativas legais de ordenação da formação em saúde direcionada para o SUS, alguns achados sinalizam um descompasso entre os requisitos da práxis profissional prevista para os profissionais e a política de saúde vigente no país. Neste sentido, Farias e Silva (2008), apontam em seu estudo (E13), que as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas que sustentam os planos de ensino dos componentes curriculares nem sempre estão em sintonia com a práxis administrativa dos profissionais. Tal fato evidencia o papel secundário das escolas e da universidade, que deveriam posicionar-se à frente dessa operação, por se tratar de locais nos quais, teoricamente, os processos reflexivos são mais considerados (FARIAS; SILVA, 2008).

De maneira semelhante a tais reflexões e destaques, o estudo (E14) de Barbosa e Viana (2008) reafirma o compromisso da formação com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, declarados nas DCN dos cursos de graduação e ancorados nas proposições de reorientação dos cursos de graduação, propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Os autores consideram que é possível mudar a lógica do ensino tradicional, centrado no professor e/ou nas tecnologias educacionais, a partir da diversificação do cenário de ensino, da adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e da articulação de instituições de ensino e de serviços, professores e estudantes, a fim de promover experiências intercursos.

Logo, um dos desafios propostos a partir da leitura desses trabalhos tem a ver com o preparo da IES para o apropriado envolvimento

com as iniciativas de reorientação da formação de profissionais, bem como, com a adequada formação docente para atuar nessa lógica. Os conhecimentos pedagógicos necessitam ser constantemente reconstruídos, num movimento educativo em permanente transformação. Confirmando as considerações encontradas, Haddad *et al.*, 2008, também distingue que a formação superior na área da saúde pressupõe o comprometimento das IES com as necessidades dos usuários do SUS, potencializado pela integralidade da atenção.

Por outro lado, o estudo (E22) de Moimaz *et al.* (2010) constata que os serviços de saúde colaboram de forma importante na discussão sobre a formação de recursos humanos, indicando deficiências na formação universitária e permitindo que mudanças e adaptações nos conteúdos curriculares sejam realizadas. Nesta direção, Cavalcanti e colaboradores (E26) refletem que a construção do SUS depende da articulação entre comunidade, governo e profissionais, interessados na qualificação e fortalecimento dos serviços de saúde e do próprio SUS (CAVALCANTI *et al.*, 2010).

Em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Lopes *et al.* (2007) afirmam que, no Brasil, ela se expande para além da integração ensino-serviço, incluindo aspectos da dinâmica dos serviços, da participação social e da gestão do sistema de saúde vigente. Sinalizam, em seu estudo (E7), que isso justifica a participação dos atores sociais nas políticas intersetoriais. Os sujeitos se transformam em autores das políticas em nível local. Por isso, essa política envolve não somente o desenvolvimento de profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS. Abrange também estudantes, docentes, gestores e a população, representada pelos diversos movimentos sociais ligados à saúde.

Essas elucidações confirmam o importante papel dos diferentes sujeitos (comunidade, governo, instituições de ensino e profissionais) que encontram-se em articulação no incentivo às práticas reorientadoras da formação e fortalecedoras do SUS. Nesse aspecto, as ideias convergem com a proposição sobre a importância da interação no processo de reorientação da formação na área da saúde, o chamado “quadrilátero da formação”, formado pelos segmentos: formação/ensino, atenção/assistência, gestão e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Reforçam, ainda, a importância das ações de EPS como integradoras do mundo do trabalho e do mundo do ensino, beneficiando sujeitos de ambos e, também, o usuário.

Igualmente salientadores desse aspecto, alguns achados (E8) deixam bastante evidente que as ações de EPS, assim, como outras

iniciativas de integração ensino-serviço, voltados à qualificação profissional, intensificaram-se com a aproximação do MS com o MEC, em 2003. Essa articulação ocorre a partir da constituição da SGTES e das iniciativas que envolvem o desenvolvimento individual e institucional dos serviços, da gestão setorial e do controle social, com vistas à transformação da organização do trabalho em saúde (VINCENT, 2007).

Ao analisar a relação ensino-serviço, o estudo (E14) de Batista e Golçalves (2011) aponta para a existência de conflitos, por esta ser considerada, por vezes, como mera representação de diferentes saberes advindos de instituições distintas, com competências diferenciadas. Atualmente, com a abertura das IES para mudanças curriculares, as propostas de mudanças na formação estão mais articuladas entre si e com os diferentes sujeitos envolvidos e se constroem a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos. Os autores ainda chamam a atenção à criação das CIES que, apesar dos esforços e das estratégias implantadas, “ainda não são espaços de integração e articulação de outras ações propostas pela SGTES junto às instituições de ensino (Pet-saúde; Pró-Saúde; UNA-SUS etc.) (BATISTA; GOLÇALVES, 2011, p. 892). De maneira complementar, o trabalho (E10), relata a experiência de um Programa de Residência Médica e sinaliza que o trabalhador da saúde precisa ser capaz de “saber e fazer”, a fim de desempenhar sua prática nos diferentes cenários (RIBEIRO, 2007).

Nessa mesma direção, ainda sobre a EPS, o estudo (E4) de Mancia e coparticipantes, enfatiza a diferença conceitual entre “Educação Continuada” e “Educação Permanente”, salientando que o modelo convencional, orientador da primeira, compreende o trabalho como aplicação do conhecimento teórico especializado, enquanto na segunda, as demandas educativas ocorrem no processo de trabalho, como resultado da cultura e do cotidiano laboral. Faz um alerta em relação aos desafios da PNEPS, sinalizando que, no atual contexto:

[...] a Política de Educação Permanente em Saúde poderá ser deturpada com ações politiquieras e setoriais, cabendo aos seus agentes estabelecer um processo educativo que possibilite aos indivíduos pensar por si mesmos, enfrentar as contradições da sociedade e utilizar as novas tecnologias para compreendê-la e transformá-la (MANCIA *et al.*, 2004, p. 610).

Para esses autores, no intuito de provocar mudanças no perfil do profissional, o MS propõe atividades práticas em todos os tipos de unidades de saúde, bem como em equipes multiprofissionais ao longo da graduação, com incentivo à adequada abordagem pedagógica e à articulação dos conhecimentos. Para tanto, a universidade assume papel fundamental (por meio da SGTES e da PNEPS) na orientação, incentivo e regulação da formação profissional, para que sejam formados profissionais com competência geral e capacidade de resolubilidade, com garantia da atenção integral e da qualidade à saúde da população (MANCIA *et al.*, 2004).

Em relação ao papel dos diferentes sujeitos e organizações no processo de mudança, chama atenção a ênfase dos autores sobre a importância do envolvimento intersetorial e da comunidade como corresponsável na condução da reorientação da formação e dos processos de EPS. As Ações Estruturantes Interministeriais são evidenciadas como estratégia para assegurar a participação do “quadrilátero da formação”, apontando como desafio o trabalho integrado e articulado com a PNEPS junto às instituições de ensino.

Cumprir destacar que, de maneira geral, foram recorrentes os indicativos de fragilidades e potencialidades de experiências e iniciativas de formação na área da saúde e as sugestões para pesquisas e discussões em torno da temática, como importante ferramenta para a qualificação das práticas em saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Dimensões Temáticas encontradas nos estudos relacionados à formação de profissionais de saúde orientada para o SUS salientam a importância da incorporação do ideário do Sistema nos processos de construção do conhecimento; a necessidade de uma aprendizagem fundamentada no contexto das necessidades sociais e nas vivências cotidianas do processo laboral; os diferentes papéis assumidos pelas instâncias envolvidas e (co) responsáveis no processo; e as Ações Estruturantes Interministeriais de Reorientação da Formação de profissionais da saúde como dispositivos interministeriais que favorecem às mudanças na formação, sobretudo, por meio da integração ensino-serviço e do envolvimento dos segmentos do “quadrilátero da formação”. Esse ideário está ancorado no pressuposto de que a reorientação das práticas implica no melhor desempenho, não somente dos profissionais, mas também dos demais sujeitos envolvidos no processo (estudantes, docentes, gestores e a população).

Tanto as Ações Estruturantes, quanto a integração ensino-serviço foram temáticas recorrentes nas diferentes dimensões dos estudos analisados. São periódicas ainda, as questões referentes à orientação teórica, mediante a adoção de propostas curriculares condizentes com a realidade vivenciada na prática do serviço; assim como à PNEPS, como elemento que tangencia as iniciativas de reorientação da formação, especialmente em nível de graduação, mas com reflexos significativos nas práticas educativas desenvolvidas junto aos serviços. Neste sentido, cumpre destacar a importância das parcerias, em processos de educação e de cuidado, quando se valoriza o protagonismo dos sujeitos envolvidos, reconhecendo seu papel nos movimentos de transformação.

Recomenda-se realização e divulgação dos achados de pesquisa na modalidade de artigos, principalmente, analisando aspectos relacionados às Ações Estruturantes Interministeriais, a fim de contribuir para o fortalecimento desses dispositivos e fomentar o aprofundamento do debate sobre a temática.

Considerando que o estudo limitou-se a apresentar dimensões temáticas gerais dos trabalhos, sugere-se, como continuidade, a realização de uma análise mais aprofundada e crítica dos estudos. Fica a sugestão aos profissionais e docentes que estão envolvidos com esse processo incentivarem a pesquisa, sobretudo, de cunho avaliativo nessa área.

As restrições do estudo são evidenciadas tendo em vista os próprios critérios de inclusão e exclusão na busca e o fato de terem sido pesquisadas algumas bases e descritores, o que certamente retrata apenas parte do universo da produção existente.

A revisão confirma o discurso sobre a importância da formação como operadora essencial das mudanças na prática de atenção à saúde. Tornar o tema prioridade nas agendas dos que conduzem e operam o SUS requer discutir a (co)responsabilização de todos que participam dos processos de formação e qualificação de profissionais e de gestores das práticas e dos serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. **Rev. APS.** v. 13, n. 1, p.126-132, 2010.

ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 10, n.5, p.629-36, 2002.

AMÂNCIO FILHO, A., VIEIRA, A. L. S., GARCIA, A. C. P. Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **RBEM**, v.30, n. 6, p. 161-70, 2006.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. baiana saúde pública**, v.31, n. 1, p. 20-31, 2007.

BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. O. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n. 3, p. 339-4, 2008.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [internet] 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **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. [documento internet] 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº1133 de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de 10 de 2001. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/04, de 13 de fevereiro de 2004**: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e

o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde, v. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [documento internet] 2011a. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/juridico/leis-e-decretos>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E, legislação em saúde. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2012. 144p.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n. 1, p. 045-052, 2008.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paul Enferm**, v.21, n. 2, p. 256-61, 2008.

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R. O.; PADILHA, W. W. N. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arq Odontol**, v. 46, n. 4, p. 224-231, 2010.

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**, v.7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, M. Q. et al. Odontologia no contexto do sistema único de saúde de Montes Claros, Minas Gerais. **Arq Odontol**, v. 47, n. 2, p. 65-72, 2011.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 503-517, 2008/2009.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, Injustiça e Desigualdade Social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 31, n. 2, p. 278 – 286, 2007.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de recursos humanos. **ACM arq. catarin. med**, v. 32, n. 2, p. 49-59, 2003.

DIAS, C. M. G. C. et al. O PET-Saúde como Ferramenta Estratégica de Implantação de um Curso de Medicina em uma Universidade Pública: relato de uma experiência. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 36, n. 1, p. 76-79, 2012.

FARIAS, L. D.; SILVA, C. C. Administração em Enfermagem: desvelando as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas de seu

ensino em João Pessoa – PB. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 037-044, 2008.

FERRAZ, F. et al. Políticas e Programas de Educação Permanente em Saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau e Transf. Soc.**, v. 3, n. 2, 113-28, 2012.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface comun. Saúde educ**, v. 15, n. 39, p. 1053-67, 2011.

FIUZA SANCHEZ, H. et al. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, v. 18, n. 1, p. 101-109, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001; 116 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

FREIRE, R. P. et al. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 4, p. 381-384, 2003.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GUARESCHI, N. M. F. et al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arq. Bras. Psicol.**, v. 61, n. 3, p. 35-45, 2009.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública.**, v. 32, n. 1, p. 98-114, 2008.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-55, 2007.

- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 5, p. 605-10, 2004.
- MARTINS, R. J. et al. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc.**, v. 18, n.1, p. 75-82, 2009.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Interface comun. Saúde educ**, v. 14, n. 32, p. 69-79, 2010.
- MORAES, J. T.; LOPES, E. M. T. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 435-444, 2010.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface comun. Saúde educ**, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.
- MOROSINI, M. V. G. C., CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-41, 2007. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.
- NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface comun. Saúde educ**, v. 15, n. 39, p. 1127-41, 2011.
- RIBEIRO, E. C. O. Programas de residência médica em oncologia orientados por competência: trajetória de uma construção coletiva. **Rev. bras. cancerol**, v. 53, n. 1, p. 99-118, 2007.
- TOLDRÁ, R. C.; MUNÕZ PALM, R.D. C. Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 18, n. 3, p. 131-141, 2009.
- VINCENT, S. P. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. bras. cancerol**, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS NO BRASIL

De acordo com Morin (2011), a reforma da universidade tem a ver com uma reforma paradigmática do pensamento que viabilize a ocupação total da inteligência. A reforma necessária deve gerar um pensamento relacionado à conjuntura e ao complexo, articulado à contextualização, à globalização e à transdisciplinaridade. O pensamento complexo requer a captação de realidades, que é solidária e causa, também, conflito, como a própria democracia – sistema, o qual se apoia em antagonismos e que, simultaneamente, os regula. “O pensamento contextual busca sempre a relação da inseparabilidade e as inter-retroações entre qualquer fenômeno e seu contexto, e deste com o contexto planetário” (MORIN, 2011, p. 21).

Na década de 1980, arranjos inovadores e críticas aos modelos assistenciais e educacionais reivindicaram novas experiências de integração ensino-serviço, superando a aprendizagem em hospitais, valorizando processo ensino-aprendizagem em unidades básicas de saúde e em outros cenários de prática, de modo a incorporar os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Para Waterkemper (2012), o marco dessa evolução nos processos pedagógicos, em nosso país, foi a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96), Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), quando, em seu artigo primeiro problematiza que a educação envolve processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino, nos movimentos sociais, nas manifestações culturais, entre outros cenários, os quais possibilitem às instituições de ensino a aproximação com os serviços de saúde, a fim de motivar professores e alunos a construir redes de conhecimento (MITRE *et al.*, 2008).

Na América Latina, nos anos 1980, a Fundação Kellogg deu início a um novo programa, articulando o ensino das profissões da saúde à comunidade, com a colaboração das instituições educacionais e de serviço. O Programa recebeu o nome de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade (Programa UNI)” e tinha como propósitos: a) estimular e apoiar o progresso da educação dos profissionais da saúde, estreitando relações com os serviços e com a comunidade; b) criar modelos passíveis de replicação, por meio de um mecanismo de rede entre os projetos que compunham esses três campos (profissionais, serviços e comunidade); e

c) criar dispositivos de apoio aos projetos, desde sua formulação até a avaliação dos resultados (KISIL; CHAVES, 1994).

Os Projetos UNI abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança dos conteúdos para, além da saúde pública preventiva, mediante a integração ensino-serviço-comunidade, na direção de uma saúde comunitária e participativa (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 150).

A reunião da rede de projetos UNI e da rede de Integração Docente Assistencial (IDA), que culminou com a estruturação da rede UNI-IDA (depois Rede Unida) – resultou na formulação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde, fundamentada na necessidade de exceder uma profissão e um departamento e na necessidade de estabelecer a multiprofissionalidade, de ceder recinto aos usuários e de ampliar a interação com o sistema de saúde – interface mundo do ensino e mundo do trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A rede de Integração Docente-Assistencial, com projetos em toda a América Latina, trouxe materialidade e história à área de ensino em saúde no sentido da integração ensino-serviço. O conjunto das experiências de integração ensino-serviço (não apenas as incentivadas em rede) foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 149).

A criação da Rede Unida, em 1985, propôs a estruturação de uma rede que incorpora pessoas, projetos e instituições comprometidos com a mudança da formação dos profissionais de saúde. Atualmente, conta com aproximadamente 70 instituições experientes na articulação entre serviços, universidade e organizações comunitárias. A proposta de atuação da Rede Unida expressa-se por meio da contribuição na melhoria da qualidade de vida e para o desenvolvimento da cidadania, atuando como interlocutora no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, da promoção e da construção das novas relações de poder e saber entre academia, serviços e comunidade, ampliando a capacidade de diálogo entre essas instâncias e da elaboração de alternativas tecnológicas inovadoras nos campos de ensino, serviços e participação social em

saúde, a partir do envolvimento de dirigentes, professores, estudantes universitários, gestores, profissionais dos serviços e da comunidade (REDE UNIDA, 2012).

A Rede Unida, em consonância com as Diretrizes Curriculares, ressalta a importância da utilização de metodologias pedagógicas ativas, que proponham desafios a serem superados pelos educandos, tendo na figura do educador um facilitador e orientador do processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2001a; REDE UNIDA, 2012).

Entretanto, o despreparo do corpo docente para essa abordagem, os currículos ultrapassados, a excessiva carga horária, a dissociação entre teoria e prática e a ênfase na assistência especializada e no uso maciço da tecnologia foram fatores que contribuíram para a formação de profissionais cada vez mais afastados da realidade. Embora a área da saúde tenha um Conselho Nacional atuante, que conta com a força política das Conferências, transformar a educação dos profissionais da saúde e adequá-la às demandas do SUS será um processo longo e trabalhoso, pois ainda são poucos os espaços que acolhem e/ou promovem discussões nesse contexto (MASCARENHAS, 2005). As instituições formadoras têm apresentado propostas de reformulação do ensino, que enfatizam a incorporação da alta complexidade e do conhecimento tecnológico, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e distribuição de cargas horárias (HADDAD *et al.*, 2011). Nesse sentido, nos anos 1990, os projetos de integração ensino-serviço incorporam ao debate as mudanças na formação e aos projetos de exercício profissional a representação popular, a fim de gerar serviços com capacidade de acolhimento aos usuários (CARVALHO; CECCIM, 2009).

As transformações na formação dos profissionais da área resultam na mudança das práticas de atenção à saúde e nas formas de cuidar e requerem, sobretudo, mudar os modos de ensinar e aprender, rever os métodos educativos e suas representações sobre as ações e serviços de saúde (COLLISELLI *et al.*, 2009).

O Relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI define o autoconhecimento e a consciência do meio ambiente como aspectos fundamentais da educação, sem deixar de desempenhar sua função na atividade profissional e nas estruturas sociais. Considera indispensável reconsiderar e ampliar a ideia de educação permanente, simultaneamente, como uma construção contínua da pessoa, de seu saber e de suas aptidões, assim como de sua capacidade para julgar e agir. Classifica a participação democrática como resultante

do processo educacional e dependente das virtudes cívicas, sendo que os sistemas educacionais devem fornecer respostas para os múltiplos desafios da sociedade da informação, na perspectiva de um enriquecimento contínuo dos saberes e do exercício de uma cidadania adaptada às exigências do nosso tempo (DELORS, 2010).

A discussão sobre as Diretrizes teve início em 1997, quando o Ministério da Educação (MEC), através da Secretaria de Ensino Superior (SESu), convocou todas as entidades, escolas e movimentos a participar da discussão e elaboração das DCN das diversas áreas. Foi publicado um edital, convocando Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas sobre o tema para os diferentes cursos de graduação. Foram criadas diretrizes específicas para cada área e, posteriormente, para cada curso.

Na ótica do referencial de “aprender a aprender” do Relatório para a UNESCO editado por Delors (2010), em 2001, são aprovadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que preveem a atenção à saúde, coerente com o princípio da integralidade, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, o gerenciamento e a educação permanente como competências gerais na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001a; DELORS, 2010).

Na área da saúde, foram incluídos os cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

As Diretrizes Curriculares têm como objetivo orientar a formação no sentido de levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a “aprender a ser”, o que engloba “aprender a aprender”, “aprender a fazer”, “aprender a viver juntos” e “aprender a conhecer”, com vistas ao preparo de profissionais autônomos e com discernimento para assegurar a integralidade da atenção e da qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001a; DELORS, 2010). A Rede Unida foi convidada a contribuir com a elaboração das novas DCN dos cursos de graduação, incentivando um debate nacional (MARQUES, 2005).

O perfil do profissional de saúde, definido pelas DCN, é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva e preparado para atuar no processo de saúde-doença de acordo com princípios éticos. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da atenção, por meio da responsabilização social e do compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001a; HADDAD, *et al.*, 2008).

A partir da criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) - atual Estratégia Saúde da Família (ESF) -, acentuou-se a necessidade de contratação de profissionais para comporem as equipes de saúde. A definição de parâmetros do MS, com o propósito de inserção e da vinculação dos trabalhadores ao SUS, para organizar uma rede de atenção definida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Assistenciais de Saúde (NOAS) ancora-se em algumas estratégias. A reorganização do modelo de atenção, voltado para a ESF, provoca a necessidade de o Estado articular uma política de gestão de pessoas para suprir a demanda do programa/estratégia (ASSIS; ALVES; SANTOS, 2008).

No âmbito dos diversos programas e políticas, que envolveram a formação e a capacitação de recursos humanos realizados no Brasil, a fim de implementar e fortalecer o SUS, destacam-se as seguintes propostas:

- 1) **Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar (Projeto Larga Escala):** criado na década de 1980 para viabilizar escolas e centros formadores do SUS, que teve como pontos chave a inclusão e a descentralização, no contexto de uma política direcionada para a extensão de cobertura pelos serviços de saúde. O Projeto nasceu da necessidade de solucionar a dificuldade do sistema educacional em integrar teoria e prática e a incapacidade dos serviços de saúde de organizar programas de formação que superassem as propostas de treinamento, de caráter pontual. O Projeto Larga Escala teve influência na configuração e no desenvolvimento de diversos outros projetos de formação e qualificação dos profissionais da área da saúde, como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). A proposta, também, serviu como referencial para muitas das ações, atualmente, formuladas e desenvolvidas, como a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) (HADDAD, *et al.*, 2008).
- 2) **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE):** lançado pelo governo federal, entre os anos de 1999 e 2000, com objetivo de promover melhora na qualidade da atenção à saúde, a partir da oferta de qualificação profissional aos trabalhadores de enfermagem da rede pública e privada, sem a devida formação para exercer tal função. O PROFAE desenvolveu-se por meio de três eixos de formação: oferta de cursos no nível fundamental e médio de escolarização aos trabalhadores cadastrados; oferta de cursos de auxiliar e técnico de enfermagem; oferta de curso de

especialização lato-sensu, na modalidade à distância (EAD), voltado à formação pedagógica para o ensino profissional na área da saúde, preparando enfermeiros para atuarem nos cursos de formação profissional (NEGRI; SANTOS, 2002).

- 3) **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Enfermagem (PROENF):** com a aprovação das DCN e a articulação entre as políticas de governo, provenientes dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi criado, em abril de 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), com o propósito de oferecer apoio técnico e financeiro para as escolas médicas que se dispusessem a implementar processos de mudança fundamentados em um trabalho articulado com os serviços de saúde e adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Este contribuiu com movimentos para o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Enfermagem (PROENF), posteriormente. No contexto nacional, o PROMED e o PROENF foram importantes iniciativas na parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde com as escolas médicas e de enfermagem, com vistas a uma política de mudança na formação dos profissionais de saúde do País (SENA, 2003; MASCARENHAS, 2005).
- 4) **Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família (Polos CFEP/ESF):** outra proposta que merece destaque foram os “Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família” (Polos-PSF), que objetivavam cooperação entre instituições de ensino e órgãos gestores dos serviços de saúde, para implementação de programas voltados ao pessoal atuante no Programa Saúde da Família (PSF) – atual Estratégia Saúde da Família (ESF) – fomentando, assim, um perfil adequado aos princípios e diretrizes da estratégia. Foram transformados em “Polos de Educação Permanente em Saúde” (PEPS), por meio da Portaria GM 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VIANA *et al.*, 2010).

A Portaria GM/198/2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. Esse documento direciona a condução locorregional da Política mediante um Colegiado de

Gestão configurado como “Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS”:

Art. 3º O Colegiado de Gestão de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2004b).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde buscavam a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, a partir de gestões colegiadas de natureza política e crítico-reflexiva (BRASIL, 2004b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As instâncias interinstitucionais e locorregionais, ou Polos estruturavam-se a partir da proposta metodológica da roda de gestão, tendo uma coordenação colegiada que permitia quebrar a regra hegemônica do comando e da hierarquia nos fluxos. Essa relação entre o universo do ensino e o universo do serviço de saúde orienta uma gestão colegiada e, tal qual nas rodas dos jogos infantis, coloca os participantes em uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva (BRASIL, 2004b).

A capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde, além da representação estudantil foi uma estratégia para fomentar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde (BRASIL, 2004b).

A interação entre os segmentos da formação, do ensino, da atenção, da gestão e do controle social em saúde foi apresentada a partir do ideário do “Quadrilátero da Formação”, sendo que, para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59),

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e

organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Para os autores, o conceito de “quadrilátero” dependerá da qualidade da formação, a qual resulta a atenção a critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional e para o ordenamento da rede de atenção. “Cada face [do quadrilátero] comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção traz como consequência trajetórias formativas postos em ato” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 47-48).

Para Ceccim (2005), as políticas de formação e EPS trabalham com ferramentas técnicas e pedagógicas, que favorecem a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação. Possibilitam transformações e mudanças nas relações, processos e ações que permeiam o serviço e a instituição de ensino, compondo a rede assistencial em saúde do SUS.

As iniciativas do setor saúde fomentaram o desenvolvimento de um pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças também no processo de formação e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições, aproximando instituições formadoras e ações e serviços do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Os autores comentam que todas essas iniciativas foram frágeis na sua capacidade de promover mudanças nas práticas hegemônicas do sistema de saúde. Logo, não foram capazes de provocar nos atores uma postura de transformação e problematização de suas práticas e limitaram-se a introduzir variações pontuais nos modelos dominantes de formação e cuidado em saúde. Consideram que as capacidades de impacto das ações do SUS em educação são insuficientes para provocar mudança sobre as instituições formadoras, assim não serão capazes de apresentar a formação como uma política do SUS, ancorada em diretrizes e processos organizados, coerentes e problematizadores da prática (CECCIM; FEUERWERKER 2004).

Após avaliação da PNEPS em 2006/2007, aprova-se a Portaria 1.996/07, que estabeleceu novas diretrizes e estratégias para sua implementação, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde¹³. A proposta recomenda a elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e a definição de critérios para distribuição de recursos federais aos estados e/ou municípios. A Portaria define que a condução regional da política dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)¹⁴, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento, que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS. Estabelece que é responsabilidade dos CGR e das CIES definir, elaborar, acompanhar e avaliar as ações de EPS e de formação no campo da educação na saúde, em substituição aos Polos de EPS (HADDAD *et al.*, 2008; BRASIL, 2007a; FERRAZ, *et al.* 2012).

As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007a).

As CIR e as CIES são instâncias regionais. Com o processo de regionalização¹⁵, proposto pelo MS, a Região de Saúde consiste em uma base territorial de planejamento da atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com algumas especificidades locais (BRASIL, 2001b).

Essa nova resolução faz com que o “quadrilátero da formação” perca a força, pois não contempla todos os segmentos participantes das discussões em um único nível de competência, saindo do poder local para o poder global. Contudo, a nova estratégia, que conduz a PNEPS, mantém

¹³ Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação ocorre por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão, onde os gestores do SUS empenham-se no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

¹⁴ De acordo com o Decreto Federal nº 7508/2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990, passam a chamarem-se Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011a).

¹⁵ A regionalização do Sistema Único de Saúde constitui a estratégia prioritária do MS para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização (BRASIL, 2001b).

as mesmas bases teóricas apresentadas na Portaria GM/MS nº 198/04, salientando que as estratégias de organização e de exercício da AB devem ser construídas a partir da prática das equipes. Essas precisam considerar que as demandas de capacitação definem-se desde a origem dos problemas, no cotidiano dos trabalhos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade dos trabalhadores. “É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2004a, p. 9).

Nessa lógica, a PNEPS (Portaria 1.996/07) prevê que, para dar conta das peculiaridades e desigualdades do País, são necessárias estratégias de integração ensino-serviço que comprometam o setor saúde e o setor educação, e envolvam, não somente os trabalhadores do SUS, mas também pesquisadores, docentes e estudantes, gestão e controle social, com o objetivo de construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para os profissionais (BRASIL, 2007a).

O papel da Educação Permanente em Saúde ressignifica-se no processo de trabalho, mediante o desenvolvimento de habilidades técnicas, da produção de novas tecnologias da construção de estratégias de enfrentamento dos “nós críticos” pelos diferentes sujeitos envolvidos. Essa estratégia destaca a EPS como orientadora do processo, pois trata-se de uma proposta de aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Sua efetivação está pautada na condição de que os processos educativos dos trabalhadores da saúde estejam orientados à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007a; HADDAD *et al.*, 2008).

De maneira convergente com as diretrizes da política, as demandas para a formação dar-se-ão a partir da *problematização* - concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire - do processo de trabalho, com base nas necessidades de qualificação. Requer, portanto, ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social no setor. Como diz Freire (2011a), é através da interação com a realidade que podemos transformar e intervir, e é através do desenvolvimento da capacidade de “aprender fazendo” que essa interação consolida-se. A qualificação dos trabalhadores passa, também, a ser valorizada e observada a partir do “saber-ser”, e não somente do “saber-fazer”. A habilidade de resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade e as mobilizações da inteligência para fazer face aos

desafios do trabalho são características desta nova qualificação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2010).

Dessa forma, a integração ensino-serviço, sob a ótica da educação permanente em saúde, constitui-se uma estratégia de mudança, que possibilita transformar a aprendizagem em momentos significativos, capazes de provocar mudanças no trabalho e no ensino, tornando-os cenários de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e, tecnicamente, competentes (TOMBINI, 2010). Para que a inserção do estudante no cotidiano do trabalho e dos serviços, bem como, na vida das comunidades, seja produtiva e coerente, é imprescindível construir parcerias entre universidades, serviços de saúde e comunidades (COLLISELLI *et al.*, 2009).

A reestruturação na organização do MS, em 2003, cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos¹⁶ que articulam a gestão do trabalho e a educação na saúde, com o propósito de implementar uma política de valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS em conformidade com os seus princípios e diretrizes. Como mais um investimento no sentido de legitimar socialmente o sistema de saúde, que vem sofrendo com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros, os Ministérios da Saúde e da Educação lançam a Portaria Interministerial no 2.118, de 04 de novembro de 2005, a qual estabelece a cooperação técnica interministerial na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde (BRASIL, 2005a). A portaria proporcionou uma aproximação entre os Ministérios, configurando-se como um marco histórico, em relação às possibilidades de mudanças, ao incentivar discussões e decisões relativas ao processo formativo dos profissionais de saúde, de forma articulada (FERRAZ *et al.*, 2012).

Entre as estratégias que têm sido desenvolvidas na área da saúde, visando à integração educação-trabalho, destacam-se:

- 1) Incentivo e apoio às mudanças nos cursos de graduação na área da saúde: implementação das DCN, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde);

¹⁶Integram a SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS) (HADDAD *et al.*, 2008).

- 2) Incentivo das ações de educação profissional em saúde: fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS, formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal;
- 3) Fortalecimento e a modernização das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), organizadas em rede, a RET-SUS, para facilitar a articulação entre as 37 escolas e promover o potencial de cada uma delas como instância certificadora da educação profissional;
- 4) Fortalecimento das ações de pós-graduação, sobretudo, as Especializações em Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Medicina da Família e Comunidade;
- 5) Utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação para a qualificação das equipes de Saúde da Família, melhorando o atendimento da AB, como no Programa Telessaúde Brasil (HADDAD, *et al.*, 2008).

No escopo das ações relacionadas à educação superior para melhoria dos cursos de graduação na área da saúde, visando integração educação-trabalho em saúde, destacam-se: o Pró-Saúde, o PET-Saúde¹⁷, a Residência Multiprofissional em Saúde, a Residência Médica, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil¹⁸ e a Universidade Aberta do SUS (Una-SUS)¹⁹, além da PNEPS (HADDAD, *et al.*, 2008). Essas propostas representam a possibilidade de efetivar o princípio da indissociabilidade entre os campos da prática assistencial e a formação, avançam no desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem de caráter integral, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, permeando a formação e desenvolvimento de recursos humanos nas diferentes áreas do saber e da atuação profissional em saúde, com o propósito de consolidar o SUS (TOMBINI, 2010).

Nesse contexto de compromissos e desafios, espera-se

que os investimentos no planejamento e na gestão da educação na saúde repercutam positivamente na construção de novos perfis profissionais, tendo em perspectiva a integralidade da atenção à saúde

¹⁷ Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

¹⁸ Estrutura de telecomunicação que dá suporte às equipes da ESF, com objetivo de contribuir para a qualificação profissional e auxílio aos procedimentos assistenciais da rede de APS (BRASIL, 2007e).

¹⁹ Sistema criado com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação à distância.

prestada à população (HADDAD *et al.*, 2008, p. 112).

O processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde teve início com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, a qual criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2007d).

A instalação da CNRMS, no segundo semestre de 2007, foi considerada um marco histórico, pois não havia, até o momento, titulação que reconhecesse a formação diferenciada dessa modalidade de formação pós-graduada para os profissionais de saúde residentes, com exceção dos profissionais médicos, os quais contam com programas regulamentados. Os demais profissionais da saúde, ainda que tivessem carga horária adicional das atividades desenvolvidas na pós-graduação, recebiam a titulação “especialização modalidade residência” (HADDAD, *et al.*, 2008).

A partir dessa legislação, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde passam a ser cadastrados, para posterior credenciamento junto à CNRMS, possibilitando aos pós-graduandos a obtenção da titulação correspondente.

A Una-SUS é uma iniciativa do DEGES/SGTES, que tem como objetivo sistematizar processos educativos que venham contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho em saúde e para a qualificação profissional, com base nas necessidades dos trabalhadores de saúde. Uma de suas ações centrais é a especialização dos profissionais de nível superior, os quais atuam nas equipes de Saúde da Família, mediante desdobramentos em sua prática diária e na maior efetividade do sistema. A Una-SUS pretende viabilizar articulação entre instituições acadêmicas e serviços para que respondam às demandas do SUS com qualidade em quantidade suficiente, utilizando educação a distância (EaD), na perspectiva de acesso ao ensino, que promova a fixação de profissionais nas mais diversas regiões do país, sobretudo, naquelas de difícil acesso e menos desenvolvidas (HADDAD *et al.*, 2008).

O Programa Telessaúde Brasil, utiliza tecnologias de informática e telecomunicação visando integrar as equipes de Saúde da Família das diversas regiões com universidades e rede de serviços de referência, permitindo reunir e compartilhar diferentes experiências, pesquisas

científicas, materiais de referência e iniciativas educativas (BRASIL, 2007e; HADDAD *et al.*, 2008).

Criado em 2005, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, pela SGETES em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação, o Pró-Saúde considera as DCN para as profissões na área da saúde, incentivando os setores Educação e Saúde para investirem na formação de profissionais hábeis para atuarem no SUS. O Pró-Saúde deriva da experiência bem-sucedida do Promed e seu primeiro edital foi aberto em novembro de 2005 (BRASIL, 2005b). Nessa ocasião, selecionou propostas de adesão dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, profissões que já integravam as equipes da ESF. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019/2007, o programa foi ampliado para cursos de 14 profissões reconhecidas pelo MEC como integrantes da área da saúde (BRASIL, 2007b). O objetivo do programa é reorientar a formação de maneira simultânea, em distintos eixos, na direção de um ensino integrado ao serviço público de saúde, com base nas reais necessidades da população e dos trabalhadores, além de contribuir na produção de conhecimentos, na prestação de serviços e na formação de redes de pesquisadores, com vistas a subsidiar a formulação de propostas de melhoria dos processos de formação na área da saúde (BRASIL, 2007c; CAMPOS *et al.*, 2010). O Pró-Saúde visa à transformação do ensino de saúde no Brasil e considera que, a partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em saúde (BRASIL, 2007c).

Visando potencializar o Pró-Saúde, o PET-Saúde vem no sentido de fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas da AB no SUS. O Programa prevê o pagamento de bolsas para tutores acadêmicos, preceptores, residentes e estudantes de graduação da área da saúde, na lógica das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento desse nível de atenção (BRASIL, 2008; 2010; HADDAD *et al.*, 2008).

O Pró-Saúde conta com três eixos estruturantes: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais possuem, cada um, três vetores específicos com uma “Imagem Objeto” – situação desejável. Os eixos não possuem uma regra de padronização, mas um exemplo que diz da necessidade de contemplá-los como elementos estruturantes da mudança (BRASIL, 2007c; CAMPOS *et al.*, 2010).

Quadro 3 - Eixos Estruturantes do Pró-Saúde e seus respectivos vetores (BRASIL, 2007c).

EIXOS	VETORES
ORIENTAÇÃO TEÓRICA	Determinantes de saúde e doença Pesquisa ajustada à realidade local Educação Permanente
CENÁRIOS DE PRÁTICA	Integração ensino-serviço Utilização dos diversos níveis de atenção Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde
ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	Integração básico-clínica Análise crítica dos serviços Aprendizagem ativa

O Pró-Saúde prevê que, por meio da interação ativa, o estudante poderá trabalhar a partir de problemas reais, assumindo crescentes responsabilidades na qualidade de agente prestador de cuidados ajustados ao seu grau de autonomia. O documento que regulamenta o Programa ainda salienta que os cenários de ensino devem ser diversificados, associando-se ao processo equipamentos de saúde, educacionais e comunitários. As DCN, referendadas pelo MS por meio do Pró-Saúde, ressaltam o emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais, as quais desafiem os estudantes a superar suas dificuldades, o que lhes garante a atitude de sujeitos na construção do conhecimento. Nesse cenário, o professor assume o papel de facilitador e orientador do processo (BRASIL, 2007c; COLLISELLI *et al.*, 2009).

Embora o Pró-Saúde tenha como objeto a mudança na graduação das profissões de saúde, apoiado no eixo central da integração ensino-serviço-comunidade, também pode contribuir para a qualificação dos serviços com base na EPS dos profissionais e na produção científica decorrente da instituição de práticas educacionais coerentes com o desenvolvimento de um perfil profissional sintonizado com os desafios do trabalho no SUS. As estratégias experimentadas de integração ensino-serviço, de outro lado, podem servir como objeto de reflexão científica e espaços privilegiados de desenvolvimento dos trabalhos de conclusão dos cursos de especialização em Saúde da Família (HADDAD *et al.*, 2008).

As estratégias estruturantes interministeriais de reorientação da formação de profissionais de saúde atendem aos princípios constitucionais na medida em que “os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde exigem novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas nos perfis epidemiológico e demográfico de cada região do país” (BRASIL, 2007c, p. 7). Dentre seus objetivos, está a criação de mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES, no intuito de melhorar a resolubilidade e a qualidade da atenção à saúde, à integração da rede de serviços de saúde e à formação de profissionais de saúde na graduação e educação permanente (BRASIL, 2007c). A aproximação entre a formação e o mundo do trabalho, fortalecida pela compreensão acerca do processo de trabalho e da realidade social, fomenta aos sujeitos envolvidos sair da passividade e da atitude contemplativa, possibilitando experiências de aprendizagem em grupos multiprofissionais e o exercício da interdisciplinaridade (REIBNITZ; PRADO, 2003).

Reforçando esse aspecto, Ceccim e Feuerwerker (2004), salientam que a ordenação da formação para a área da saúde como política pública pressupõe a construção de espaços locais, microrregionais e regionais que articulem a educação dos profissionais, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais. De fato, inúmeras ações inspiradas por essa intenção favoreceram o desenvolvimento do pensamento crítico e estimularam movimentos por mudanças na formação de usuários, trabalhadores e gestores da saúde. Tais iniciativas promoveram a aproximação entre instituições formadoras e serviços do SUS.

Contudo, a crítica dos autores acima tem suas amarras na necessidade de intensificar relações entre trabalho e educação dos trabalhadores do SUS, pois consideram necessária uma aproximação entre a gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral e o fortalecimento da participação popular. Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde envolvem mudança nas pessoas, nas relações e nos processos que implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. O objetivo dessa mobilização tem a ver com a ampliação da qualidade da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral e o fortalecimento do controle social no sistema, tendo como base o domínio do conceito ampliado de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Os autores sugerem que a ordenação da formação para a área da saúde como política pública pressupõe a construção de espaços locais, microrregionais e regionais que articulem a educação dos profissionais, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais, com vistas à saúde de melhor qualidade e para que se possa definir as exigências de aprendizagem em cada equipe, serviço e esfera de gestão. Para que isso ocorra, serão necessários novos mecanismos de planejamento e gestão que possibilitem aos serviços serem cenários de aprendizagem. Os diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória dar-se-ão por meio de dispositivos de gestão e controle social, do qual farão parte o conjunto de atores envolvidos, como interlocutores permanentes (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Com base nessa proposta, o Pró-Saúde orienta-se a partir da perspectiva de que a IES atue de maneira integrada ao serviço público de saúde. Em relação ao acompanhamento e à avaliação dos projetos e às atividades do Pró-Saúde, a auto-avaliação, conforme orientação da Coordenação Nacional do Programa, ocorre por meio das Comissões Gestoras Locais, que contam com representantes das IES, docentes, discentes, representantes dos serviços de saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), gestores e trabalhadores (CAMPOS *et al.*, 2010).

O acompanhamento da implementação do Pró-Saúde tem por objetivo favorecer um processo que possa produzir resultados ajustados à realidade de cada Instituição de Ensino, a partir de um processo auto-avaliativo. Ele prevê uma Comissão Assessora, a qual deve atuar como uma parceira no processo, proporcionando o diálogo com os diversos atores que promovem o programa e entre as diversas IES. Pretende-se a

participação aberta dos gestores, estudantes, profissionais do serviço e representantes do controle social/usuários (BRASIL, 2007c).

2.2.1 Produção do conhecimento no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (PRÓ-SAÚDE)²⁰

PRODUCTION OF KNOWLEDGE WITHIN THE NATIONAL PROGRAM FEEDBACK OF VOCATIONAL TRAINING IN HEALTH (PRÓ-SAÚDE)

PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO DENTRO DEL PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN SALUD (PRÓ-SAÚDE)

RESUMO

Revisão Integrativa da Literatura, com o objetivo de identificar o perfil, as dimensões temáticas e abordagens metodológicas, descrever como a integração ensino-serviço expressa-se nos estudos produzidos no âmbito do Pró-Saúde, publicados no Brasil, no período de 2007-2012. Foram selecionados 41 publicações, sendo que para sua análise foi construída uma matriz com os seguintes dados: autor, título, periódico ou instituição de origem, ano, abordagem do estudo, objetivos, expressão da integração ensino-serviço. A avaliação crítica dos estudos foi realizada mediante leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra. Os resultados são apresentados em dois eixos: Pró-saúde: o que expressa a integração ensino-serviço e A integração ensino-serviço no contexto do Pró-Saúde: dificuldades e facilidades. Os estudos demonstram que mudanças na formação de profissionais estão sendo implementadas, que são possíveis e necessárias, sobretudo quando apoiadas em estratégias, que estimulam a participação ativa da gestão, do ensino, da atenção e do controle social e confirmam a

²⁰ Manuscrito preparado para ser encaminhado ao periódico: Ciência e Saúde Coletiva.

integração ensino-serviço como oportunidade de diálogo entre os mundos da formação e do trabalho, promovida pelo Pró-Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Formação de Recursos Humanos; Serviços de Integração Docente Assistencial; Sistema Único de Saúde; Educação Superior; Política de Educação Superior.

ABSTRACT

The current study is a Literature Integrative Review, with the aim of identifying the profile, the thematic dimensions and the methodological approaches and of describing how the teaching-service integration is expressed in the studies produced within the Pró-Saúde (Pro-Health – Charitable institution for social and hospital assistance), which were published in Brazil, in the period between 2007-2012. We selected 41 publications, and for their analysis we constructed a matrix with the following data: author, title, journal or institution of origin, year, study approach, objectives, and expression of the teaching-service integration. A critical evaluation of the studies was performed by a meticulous reading of the texts in their entirety. The results are presented in two topics: Pró-Saúde: what expresses the teaching-service integration; and the teaching-service integration in the context of Pró-Saúde: difficulties and facilities. Studies show that changes in professional training are being implemented, that they are possible and necessary, especially when supported by strategies that encourage the active participation in management, education, care and social control and that confirm the teaching-service integration as an opportunity of a dialogue between the worlds of education and work, promoted by Pró-Saúde.

KEYWORDS: Human Resources Formation; Unified Health System; Education Higher; Higher Education Policy.

RESUMEN

Revisión integradora de la Literatura, con el objetivo de identificar el perfil, las dimensiones temáticas y enfoques metodológicos, y describir cómo la integración docente-asistencial se expresa en los estudios elaborados dentro del Pro-Salud, publicado en Brasil, 2007-2012. Se seleccionaron 41 publicaciones, y para su análisis se construyó una matriz con los siguientes datos: autor, título, revista o de la institución de origen, el año, el enfoque de estudio, los objetivos, la expresión de la integración docente-asistencial. Una evaluación crítica de los estudios fue realizada por lectura de los trabajos en su totalidad. Los resultados se presentan en dos ejes: Pro-Salud: expresa la integración docente-asistencial y la integración docente-asistencial en el contexto del Pro-Salud: dificultades

y facilidades. Los estudios demuestran que los cambios en la formación profesional se están ejecutando, es posible y necesario, sobre todo cuando el apoyo de estrategias para fomentar la participación activa en la gestión, en la educación, de la atención y del control social, y confirman la integración docencia - servicio como una oportunidad de diálogo entre los mundos de la educación y del trabajo, promovidos por el Pro-Salud.

Palabras-clave: Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Educación Superior; Política de Educación Superior.

INTRODUÇÃO

As iniciativas que promovem a reorganização do sistema de saúde, mediante mudanças na formação e no trabalho dos profissionais, vêm sendo fortalecidas por pressões oriundas da reforma da universidade e pelo processo de descentralização político-administrativa do Estado. Estudiosos brasileiros da área da educação e da saúde (HADDAD et al, 2008; 2010; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013) há alguns anos vêm propondo relações de parceria entre universidades, serviços de saúde e comunidade, como forma de garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários reais (CAMPOS et al, 2001). Essa abordagem exige, além de investimentos no aperfeiçoamento dos profissionais, uma nova estrutura acadêmica, apoiada em relações de parceria da universidade com os diversos setores da sociedade civil. O desafio maior é reconhecer a integração ensino-serviço-comunidade como alicerce da construção de um novo modo de ensinar, aprender e fazer, o qual seja efetivo para todos os sujeitos, envolvidos nesse processo: docentes, discentes, gestores das instituições de ensino superior (IES) e do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais da saúde e população (FERREIRA; FORSTER; SANTOS, 2012).

A aproximação entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) nas duas últimas décadas marcou a cooperação interministerial para a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde (BRASIL, 2008). Entre as ações desenvolvidas, visando ao incentivo e apoio às mudanças nos cursos de graduação na área da saúde e à integração educação-trabalho-comunidade, destaca-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Contemplando, inicialmente, os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de

graduação da área da saúde em 2007 (BRASIL, 2007). A estratégia atende prerrogativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)²¹ para os cursos da área e objetiva as transformações do processo de formação, ancorada na abordagem integral do processo saúde-doença. Orienta-se pela perspectiva de que a reorientação da formação deve ocorrer, simultaneamente, em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), na direção da integração entre IES e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007c) (Quadro 1).

Há poucas referências, sobretudo avaliativas, em relação aos impactos do Pró-Saúde, desde sua implementação no Brasil. Contudo, acredita-se que a estratégia apresenta significativas contribuições, principalmente, em relação ao favorecimento da integração ensino-serviço-comunidade (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Isso se deve ao modelo de formação inovador, que aposta na produção do conhecimento a partir da ação-reflexão-ação (*práxis*) e se fundamenta no compromisso com a transformação social, como apontam os princípios de uma educação crítica (FREIRE, 2005).

Com base nessas reflexões, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, com o objetivo de identificar o perfil, levantar as dimensões temáticas e abordagens metodológicas, além de descrever como a integração ensino-serviço expressa-se nos resultados de trabalhos produzidos no âmbito do Pró-Saúde.

Quadro 4 - Eixos de desenvolvimento e respectivos vetores do Pró-Saúde, conforme edições I e II do Programa (BRASIL, 2005; 2007).

EIXOS	VETORES ESPECÍFICOS	
	PRÓ-SAÚDE I	PRÓ-SAÚDE II
Orientação teórica	1 Determinantes de saúde e doença	1 Determinantes de saúde e doença
A	2 Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS	2 Pesquisa ajustada à realidade local
	3 Pós-graduação e Educação Permanente	3 Educação Permanente

²¹ Em consonância com o Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI, que propõe os referenciais de aprender a conhecer, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver, as novas DCN são referendadas pelo MS e preveem uma atenção à saúde integral, associada à competências gerais na formação dos profissionais (BRASIL, 2006; DELORS, 2010).

Cenários de prática B	1 Integração docente-assistencial	1 Integração ensino-serviço
	2 Diversificação de cenários do processo de ensino	2 Utilização dos diversos níveis de atenção
	3 Articulação dos serviços universitários com o SUS	3 Integração dos serviços próprios da IES com os serviços de saúde
Orientação pedagógica C	1 Análise crítica da Atenção Básica	1 Integração básico-clínica
	2 Integração ciclo básico/ciclo profissional	2 Análise crítica dos serviços
	3 Mudança metodológica	3 Aprendizagem ativa

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, conduzida por meio das seguintes fases: 1) Identificação do tema e da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) Seleção da amostra; 4) Definição das informações a serem extraídas dos estudos; 5) Inclusão dos estudos selecionados, constituindo um banco de dados; 6) Análise e discussão dos resultados (GANONG, 1987). Foi orientada pelo questionamento: quais são as características de trabalhos produzidos sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e como a integração ensino-serviço expressa-se nos mesmos?

A pesquisa primária ocorreu em março de 2013. Definiram-se como critérios de inclusão para os estudos: trabalhos publicados no formato de artigos científicos; teses e dissertações; estudos nos idiomas: inglês, português ou espanhol; período: 2007 a 2012; estudos disponíveis online na forma completa. Como critérios de exclusão dos estudos, foram definidos: artigos do tipo revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais; publicações do tipo livros, capítulos de livros, publicações de autoria governamental, boletins informativos, monografias, trabalhos de conclusão de curso de graduação, resumos; estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise; estudos duplicados. O protocolo para realização da pesquisa foi devidamente validado por um profissional com expertise na temática.

Em relação às estratégias de busca, seleção e organização dos estudos, procedeu-se da seguinte maneira: o termo Programa Nacional de

Reorientação da Formação Profissional em Saúde²² foi inserido nas seguintes bases de dados: a) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), procedeu-se a busca livre, a partir do item “pesquisa na BVS”, utilizando o termo sem aspas; selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”. No item “idioma”, selecionou-se os idiomas: português, inglês e espanhol; b) no Google Acadêmico foi inserido o termo com aspas, selecionando os itens: qualquer data, páginas em espanhol, inglês e português, com pelo menos um resumo; c) no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao acessar o item “resumos”, inseriu-se no item “assunto” o termo sem aspas e clicou-se em “pesquisar”.

Os 41 trabalhos incluídos foram analisados, sendo extraídos os seguintes itens que alimentaram duas matrizes (uma para os artigos e outra para as dissertações) construídas para organização e análise dos dados: autor, título, periódico ou instituição de origem, ano, abordagem do estudo, objetivos, expressão da integração ensino-serviço. A avaliação crítica dos estudos foi realizada mediante leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra.

Os trabalhos foram, também, analisados segundo a natureza: relatos de experiência, artigos originais oriundos de pesquisas com abordagem quali ou quantitativa, reflexões teóricas, pesquisas documentais e artigos de revisão. Procurou-se, ainda, obter uma estimativa do quantitativo de trabalhos produzidos por ano.

O fluxograma a seguir ilustra o caminho metodológico, bem como os resultados da busca em cada uma das bases e banco de dados investigados e o total de trabalhos selecionados.

²² Optou-se pela utilização do termo em substituição a um descritor oriundo do *Mesh* ou do Decs, tendo em vista que, na simulação de busca, percebeu-se que esse era procurado no título, resumo e descritores. Por se tratar de uma pesquisa em âmbito nacional e pelo fato de o Pró-Saúde ser uma política exclusiva do Brasil, considerou-se que, somente a partir dessa estrutura de busca, os objetivos seriam alcançados.

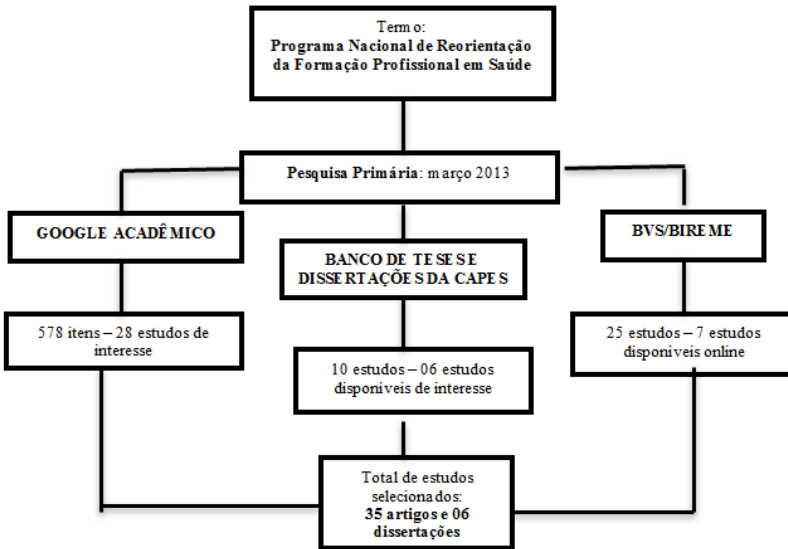


Figura 2 - Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A produção científica brasileira acerca da temática da integração ensino-serviço no âmbito do Pró-Saúde, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão para esse estudo, aparece tanto na forma de artigo científico como em trabalhos de conclusão de curso em programas de pós-graduação. Foram encontrados 35 artigos e seis dissertações de mestrado, sendo que a primeira publicação data do ano de 2007.

No Quadro 5, estão relacionados os artigos científicos encontrados no período, e o periódico em que foram publicados, ordenados por ano crescente de sua publicação.

Quadro 5 - Publicações do tipo artigos científicos no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, segundo periódico e ano. Brasil, 2007-2012.

TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
A1. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a	Arquivos Catarinenses de Medicina	2007

partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família			
A2. Projeto Pró-Saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do Estado do Paraná	Revista Espaço para a Saúde		2007
A3. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem		2008
A4. Perspectivas para a Formação Profissional em Educação Física: o SUS como horizonte de atuação	Arquivos em Movimento		2008
A5. Política Nacional de Educação em Saúde	Revista Baiana de Saúde Pública		2008
A6. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas	Gazeta Médica da Bahia		2008
A7. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família.	Trabalho, Educação e Saúde		2008
A8. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed	Revista Brasileira de Educação Médica		2008
A9. II Fórum dos projetos Pró-Saúde odontologia das universidades do estado do Paraná: relato de experiência	Revista Espaço para a Saúde		2009
A10. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde	Revista Brasileira de Educação Médica		2009
A11. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção	Revista Brasileira de Educação Médica		2009
A12. Relato de experiência da interação entre Universidade, Comunidade e Unidade de Saúde	Arquivos em Odontologia		2010

da Família em Piracicaba, SP, Brasil

A13. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008
Revista de Saúde Pública 2010

A14. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial
Revista Brasileira de Educação Médica 2010

A15. As políticas públicas de saúde – SUS – como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro
Revista Eletrônica de Enfermagem 2010

A16. A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasília
Revista Gaúcha de Enfermagem 2010

A17. Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA
Gazeta Médica da Bahia 2010

A18. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia
Interface- Comunicação, Saúde, Educação 2011

A19. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?
Revista Brasileira de Educação Médica 2011

A20. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço
Caderno FNEPAS 2011

A21. Formação em Enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica
Revista Brasileira de Enfermagem 2011

A22. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia
Interface- Comunicação, Saúde, Educação 2011

A23. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: relato de uma experiência	Revista Fluminense de Odontologia	2011
A24. Formação Profissional em Saúde: alguns apontamentos	Movimentos sociais, direitos e sociedade	2012
A25. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização	O mundo da saúde	2012
A26. O PET-Saúde e sua Interlocação com o Pró-Saúde a Partir da Pesquisa: o relato dessa experiência	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
A27. Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
A28. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó	Ciência, Cuidado e Saúde	2012
A29. Políticas de Educação Permanente e formação em saúde: uma análise documental	Revista Rene	2012
A30. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde UNIFOR e seus nove cursos de graduação	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
A31. Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
A32. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	2012
A33. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil	Interface- Comunicação, Saúde, Educação	2012
A34. Experiência da atenção	Revista Brasileira de	2012

integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado

Educação Médica

A35. O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo: contribuições para institucionalização e integração universidade/serviços de saúde

Revista Brasileira de Educação Médica 2012

Em relação à quantidade de publicações, o maior número (12) aparece na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

No que se refere à natureza dos artigos encontrados, a maior parte (13) são relatos de experiência, seguidos por pesquisas com abordagem qualitativa (7), reflexões teóricas (6), pesquisas documentais (4), artigos de revisão (3) e pesquisas com abordagem quantitativa (2). O pequeno número de artigos de pesquisa (9) demonstra que ainda são incipientes os processos avaliativos acerca das ações estruturantes interministeriais, incluindo o Pró-Saúde, concentrando-se a maior produção na socialização das experiências. No Banco de Teses e Dissertações da CAPES, dos 10 trabalhos existentes no período da busca, todos eram dissertações de mestrado procedentes da Grande Área da Saúde, sendo que destas, atenderam aos critérios de inclusão para a busca 6 estudos. (Quadro 6)

Quadro 6 - Dissertações sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, segundo instituição de ensino superior e ano. Brasil, 2007-2012.

TÍTULO	INSTITUIÇÃO	ANO
D1. Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e metodologias ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos	Universidade Estácio de Sá	2009
D2. Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde: a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família	Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	2010

D3. A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	2010
D4. Políticas Públicas e formação em psicologia: a formação como experiência e prática de si	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS	2010
D5. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA	Fundação Oswaldo Cruz -Fiocruz	2011
D6. Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS	2011

A maior parte dos trabalhos são pesquisas de abordagem qualitativa (6), sendo considerado quanti qualitativo um dos estudos. Em apenas um desses trabalhos (D5), o Pró-Saúde é abordado como temática central. Um total de quatro trabalhos está vinculado a IES situadas na região Sudeste (Universidade Estácio de Sá, UNIMONTES, UERJ e UFRJ) e dois na Região Sul (UFRGS).

A seguir, apresenta-se uma síntese dos achados nos estudos analisados, a partir das dimensões temáticas: *Pró-Saúde: expressão da integração ensino-serviço* e *Integração ensino-serviço no contexto do Pró-Saúde: dificuldades e facilidades*.

Pró-Saúde: expressão da integração ensino-serviço

Os resultados dessa busca demonstram que são escassas as publicações que tratam do tema Pró-Saúde, haja vista o impacto ou a

influência esperada desse Programa sobre a formação dos profissionais para o SUS no cenário brasileiro. O Pró-Saúde como objeto principal de estudo aparece em 12 artigos (A2, A9, A10, A12, A16, A26, A28, A30, A31, A32, A33, A35). Destes, oito são relatos de experiência (A2, A9, A12, A26, A28, A30, A32, A35) e quatro artigos originais (A10, A16, A31, A33), decorrentes de investigação qualitativa e pesquisa documental. Esse programa consiste numa política interministerial alinhada às mudanças no processo educativo, mobilizadas tanto pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) quanto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação da área da saúde. Nesse sentido, ainda que a participação das IES em tais projetos seja limitada (porque a participação no projeto prescinde de aprovação em chamada pública), o tema da integração ensino-serviço é central para os processos de reestruturação curricular que, desde 2001, vêm mobilizando os cursos de graduação da área. Dessa forma, a avaliação dos projetos em execução precisam constituir-se em “laboratório” para as demais IES, ou seja, a importância da temática não está limitada ao escopo das IES que participam do Pró-saúde.

Reconhecendo como um dos eixos prioritários os cenários de prática na formação, o estudo A10 analisa resultados provenientes da auto-avaliação de escolas incluídas no Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas. Distingue que a maioria das escolas encontra-se num movimento extra muros, com o propósito de proporcionar aos estudantes experiência nos diferentes espaços de atenção à saúde e o entendimento da construção da rede do sistema. Essas estratégias convergem com o preconizado nas DCN e no Pró-Saúde (BRASIL, 2007c), que salientam a importância de inserir os estudantes nos serviços de saúde, diversificando os espaços para o desenvolvimento do aprendizado prático e oportunizando reconhecimento do território de atuação profissional (STELLA et al, 2009). Nessa mesma direção, no estudo A33, os autores buscaram conhecer a situação dos cursos de Odontologia no Brasil, em relação à diversificação dos cenários de prática, acompanhando a proposta do Pró-Saúde nesse eixo. Constatam que, apesar das dificuldades enfrentadas em relação ao consenso no processo decisório entre as instituições de ensino e de serviço, ambas depositam suas expectativas na capacidade do Pró-Saúde de equacionar problemas, por meio do diálogo interinstitucional (SILVA et al, 2012). O trabalho A31 teve por objetivo apresentar, no âmbito da proposta desenvolvida no Pró-Saúde, a estratégia de inserção de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no ensino de graduação extramuros de um curso de medicina. Os resultados evidenciam parcerias efetivas entre

ensino e serviço, nos diferentes níveis de governo, mas que necessitam consolidar-se mais veementemente nos níveis periféricos. Os autores reconhecem que boa parte desse processo está em andamento por causa dos recursos advindos do Pró-Saúde, PET-Saúde²³ e Una-SUS²⁴, o que demonstra que, em questões tanto estruturais quanto pedagógicas, é preciso entrelaçar as diversas iniciativas e instâncias, na direção da integração ensino-serviço (PERES et al, 2012).

Esses estudos tratam de experiências em relação à implantação do Programa em universidades de diferentes estados brasileiros, tendo a integração ensino-serviço como uma das questões em destaque. Os autores consideram exitosas as experiências de parceria entre as escolas e os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, conforme preconizado pelas DCN (STELLA et al, 2009), contudo, sinalizam que não basta que todas as disciplinas convirjam para os cenários da prática, com cargas horárias mínimas, mas, tendo em vista a complexidade que o trabalho nesse nível requer, é necessário que o aprendizado estruture-se para acontecer na realidade local (SILVA et al, 2012) . A orientação é explicitada pelo MS, que salienta a necessidade de oportunizar aos estudantes a interação ativa com a população e com os profissionais de saúde “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, 2007c; FERRAZ, 2012).

O estudo A16 aborda uma experiência de implantação do Pró-Saúde, com destaque para resultados como a reestruturação dos espaços institucionais, considerando a dinâmica funcional do serviço, bem como a revisão das práticas pedagógicas, articulando a dimensão teórica do conhecimento com a vivência nos espaços da prática. Sinaliza a passividade dos serviços diante da academia, como produtora do saber, mas reitera a integração ensino-serviço como uma via de mão dupla, na qual ambos são potenciais parceiros na apropriação e reprodução de ações organizadas (MORAIS et al, 2010).

Os trabalhos A2, A9, A12, A26, A28, A30, A32, A35 apontam que o Pró-Saúde intensifica a integração entre instituições formadoras e

²³ Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde): tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.¹

²⁴ Universidade Aberta do SUS (Una-SUS): sistema criado com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância.¹

serviços, por meio do diálogo entre os cursos, com o serviço e com a comunidade. Essa interseção, em alguns casos, ocorre mediante instâncias de gestão e coordenação das ações, evidenciando o compromisso entre gestores, docentes e profissionais. Confirmam que a diversificação de cenários de práticas pedagógicas e assistenciais, possibilitada pelos desdobramentos do Pró-Saúde, promove a interdisciplinaridade, consolidando a Atenção Básica (AB) à Saúde (MORITA et al, 2007; PUCCINI et al, 2012). Nesse sentido, um dos estudos (A12) discute o TelEduc como ferramenta de comunicação entre docentes, discentes e profissionais da rede pública de saúde e evidencia uma experiência positiva para todas as partes envolvidas, ao proporcionar maior aproximação e apropriação do SUS (BATISTA et al, 2010). O estudo A26 menciona uma bem sucedida conexão das ações do Pró e PET-Saúde. Aponta a motivação da classe acadêmica e dos profissionais para a investigação, alocando a pesquisa como fonte de produção coletiva de ações de promoção da saúde em uma práxis articulada às realidades local e cultural (FERRAZ, 2012).

Em relação às dissertações, o estudo D5 analisa o processo de implementação do Pró-Saúde em um curso de Odontologia. Distingue que as relações interinstitucionais, envolvendo a universidade, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e as unidades da rede pública estiveram presentes tanto nas fases propositivas, da formulação dos projetos, quanto no decorrer das ações, cada uma com atuação maior em um dado momento do processo. O Comitê Gestor Local (CGL), como estrutura operativa, proporciona o encontro dos gestores das unidades envolvidas, constituindo-se num importante fórum de congregação desses sujeitos, com reflexos positivos na articulação, ao tornar possível o diálogo entre as partes (DIAS, 2011).

Os estudos apresentam movimentos, desencadeados pelo Pró-Saúde, que convergem a uma bem sucedida estratégia para reorientar a formação na área da saúde e, conseqüentemente, qualificar a AB. Para tanto, são elementos fundamentais a diversificação dos cenários de práticas pedagógicas e assistenciais e a integração entre IES e serviços de saúde. Tais movimentos, também, implicam parceria e diálogo entre os sujeitos representantes das diferentes instâncias, envolvidas na proposta. Nesse sentido, cumpre destacar as estruturas de gestão e coordenação do Pró-Saúde como espaço dialógico importante para consolidar a integração ensino-serviço-comunidade.

Os achados desses estudos provocam a reflexão sobre o processo de formação como acionador de movimentos de implicação de todos os sujeitos envolvidos, corroborando para o despertar de novos modelos e

práticas de saúde. Pode-se dizer que a formação para o SUS, a partir da proposta do Pró-Saúde, promove a integração entre ensino e trabalho, pautada nos eixos orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica e em relações de compromisso entre gestores, docentes, profissionais e comunidade. Todavia, os estudos carecem de evidências mais profícuas em relação ao nível de aproximação e diálogo entre os segmentos que representam as diferentes entidades, envolvidas na proposta interministerial, a fim de mostrar a expressão da integração entre ensino e serviço de saúde mediante os avanços, enfrentamentos e desafios que advém do processo.

Integração ensino-serviço no contexto do Pró-Saúde: dificuldades e facilidades

Embora não como tema central, em alguns trabalhos o Pró-Saúde apresenta-se como dispositivo importante no contexto das mudanças na formação. É o caso dos relatos de experiências A23 e A34, referentes à formação em odontologia e em medicina, respectivamente. Ambos salientam que o Pró-Saúde está implicado no êxito de suas ações integradoras, com vistas à formação dos profissionais, colaborando com a qualificação da assistência (SOUZA, 2011; ZEFERINO; ZANOLL; ANTONIO, 2012).

Em uma experiência no curso de medicina (A17), os autores mencionam as dificuldades ao reestruturar o Projeto Pedagógico do Curso, considerando a necessidade de inserir estudantes nos serviços e aproximá-los do perfil epidemiológico da população. Denunciam como insuficiente a articulação entre as definições políticas dos Ministérios, fato que contribui para um distanciamento entre formação e necessidades de saúde. Para eles, os esforços de integração ensino-serviço sempre tiveram baixa sustentabilidade, pois ela depende da adesão idealista de professores e estudantes e, mesmo quando institucionalizada, permanece vulnerável às situações locais (FORMIGLI et al, 2010).

No estudo A20, são apontadas dificuldades relacionadas à integração ensino-serviço, relacionadas à resistência dos profissionais do serviço, tanto quando problematizam que a formação de estudantes não faz parte da sua agenda de trabalho, quanto evidenciada no receio dos mesmos de que suas fragilidades possam ser identificadas. Os profissionais sinalizam problemas na estrutura física das unidades e resistência da população ao estudante (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). Nessa ótica, o estudo A27 registra um caso, no qual os segmentos envolvidos entraram em conflito, motivados pela compreensão dos

conselheiros de saúde de que a IES teria interesses dissociados do compromisso com a melhoria das condições de saúde da população. Outros pontos conflitantes para o estabelecimento da parceria foram: falta de consenso em relação à utilização dos recursos financeiros e à necessidade de definir o modelo de inserção dos alunos nos cenários de prática (FERREIRA; FORSTER; SANTOS, 2012). O estudo D1 sinaliza que a inserção precoce em unidades de AB apresenta problemas relacionados ao cenário de aprendizagem, devido à falta de um melhor planejamento entre o serviço de saúde e a IES (COSTA, 2009).

Por outro lado, os estudos de revisão A1, A19 e A29, apesar de não colocar o Pró-Saúde em destaque, consideram esse dispositivo como desencadeador de mudanças da formação, sobretudo mediante a aproximação entre aprendizagem e prática profissional. Assinalam a necessidade de mudanças como a diversificação nos cenários de aprendizagem e a implantação de práticas interdisciplinares, tendo o Pró-Saúde como mobilizador. Destacam, ainda, a importância do Programa para a operacionalização de transformações nas escolas brasileiras, ao propor a utilização de métodos de ensino com centralização no processo de aprender (ANACLETO; CUTOLO, 2007; GOMES; REGO, 2011; CELEDÔNIO et al, 2012).

Os estudos documentais (A3, A21, A24) apontam potencialidades e desafios quanto à efetivação das políticas públicas, que direcionam a formação dos profissionais de saúde no Brasil, incluindo o Pró-Saúde. Essa depende de uma estreita relação entre os atores envolvidos no processo: o MS, por coordenar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada aos trabalhadores da saúde; as IES, por comprometerem-se com a formação e produção de conhecimentos; as Secretarias Estaduais de Saúde pela missão de constituir a rede de atenção em saúde e identificar necessidades de formação; e os municípios que são os responsáveis por administrar grande parte das unidades de saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008; SILVA; SOUSA; FREITAS, 2011; DUARTE, 2012). Nesta mesma direção, o estudo A13 confirma que, no campo de recursos humanos, considerado estratégico para o aperfeiçoamento do SUS, a parceria entre os Ministérios é indissociável e deve focalizar desde a formação inicial até processos de educação permanente (HADDAD et al, 2010).

O estudo A8 busca analisar a percepção de estudantes sobre mudanças curriculares na educação médica, destacando a integração ensino-serviço como um dos pontos críticos da formação. As principais dificuldades enfrentadas pelos estudantes têm a ver com a pouca sensibilidade dos docentes para as mudanças e com a incoerência da rede

de serviços em relação à transformação do modelo assistencial (OLIVEIRA et al, 2008). De maneira convergente, em D2, foi possível identificar dificuldades da inserção dos estudantes de medicina em equipes de saúde, pelas deficiências na estruturação do serviço, bem como na formação dos profissionais do serviço e dos docentes. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a percepção dos profissionais dificulta, para o estudante, a comunicação e constrange os usuários, sendo obstáculos para a agregação de acadêmicos ao serviço. Por outro lado, aponta como favorável a abertura para criação de vínculo entre estudantes e profissionais e para reconhecimento mútuo das potencialidades, deveres e anseios de cada um (CALDEIRA, 2010).

Os estudos D3, D4, A11, A14, A18 e A22 apostam na integração ensino-serviço, como possibilidade de encontro do docente com os cenários de prática, permitindo as metodologias de formação transcenderem os territórios, predominantemente, epistemológicos e conteudistas, para imergir na vida do usuário e na atuação em equipe multiprofissional, a fim de construir vínculos e laços efetivos de humanização (MATSUMOTO, 2010; SILVA, 2010; MORETTI-PIRES, 2009; BINZ; MENEZES FILHO; SAUPE, 2010; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

As reflexões teóricas encontradas na literatura (A4, A5, A6, A7, A15, A26) tendem para a compreensão da educação dos profissionais de saúde como um processo permanente, intermediado pelas relações intersetoriais, com estabelecimento de parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde. Salientam a contribuição de ações apoiadas e implementadas pelos Ministérios, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, no preparo de profissionais para efetivar a AB (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008; HADDAD et al, 2008; LAMPERT, 2008; COSTA; MIRANDA, 2009; LUCCHESI; VERA; PEREIRA, 2010; FERRAZ, 2012). Nessa perspectiva, os autores do estudo A25 propõem a formação de “núcleos municipais” responsáveis pela PNEPS, os quais sejam compostos por sujeitos representantes dos diferentes segmentos, envolvidos no processo da formação, para fomentar a mobilização das equipes nessa direção (FERRAZ et al, 2012).

Ao identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação de instituições vinculadas ao Pró-Saúde, o estudo D6 chama atenção à superficial aproximação dos cursos com os serviços de saúde, limitando-se a algumas iniciativas de extensão e pesquisa. A autora sinaliza a ausência do profissional nutricionista nos serviços de AB, prejudicando a atuação da IES nos mesmos (CARVALHO, 2012).

Os estudos que abordam a integração ensino-serviço no contexto do Pró-Saúde sinalizam potencialidades e dificuldades e convergem para a compreensão dessa articulação como possibilidade de consolidar o Programa. Tal perspectiva pode ser potencializada por meio de estratégias de gestão compartilhada dos processos de reorientação, que se processam na corresponsabilização dos segmentos envolvidos – gestão, ensino, atenção e controle social.

Com tais achados, torna-se evidente que as fronteiras entre ensino e serviço estão imbricadas entre si, como potências de saber e de construção da cidadania, ao colocarem os indivíduos ou coletivos frente a frente (CECCIM; FERLA, 2009). É natural que tal confronto gere conflitos, o que dificulta o envolvimento – cuja alteridade é indiscutível – entre esse dois mundos (do saber e do fazer), no sentido dialógico, de reconhecimento e compreensão dos diferentes pontos de vista e necessidades. Todavia, conflitos precisam ser superados, sobretudo quando se almeja um objetivo comum, essa superação só é possível mediante diálogo e consensos.

Quanto ao Pró-Saúde, os estudos analisados revelam situações conflituosas, que envolvem, principalmente, os segmentos ensino e serviço, à medida que este atua como dispositivo de mudança no modelo de formação. O que se percebe são interesses, muitas vezes, restritos às instâncias, envolvidas em nível local, mas que não devem se sobrepor à prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a formação de recursos humanos na área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao revisar a produção científica nacional referente à integração ensino-serviço, expressa nos trabalhos sobre o Pró-Saúde, evidencia-se a importância da aproximação entre os mundos da formação e da atenção para as mudanças desejadas no ensino dos profissionais de saúde. É no espaço de encontro entre esses mundos, que se inicia a produção dos cuidados, pautada em uma mudança fundamental dos conceitos que fundamentam o modelo assistencial, considerando-se como objeto central as necessidades dos usuários.

Os estudos, os quais abordam a temática do Pró-Saúde, demonstram que mudanças na formação de profissionais estão sendo implementadas, que são possíveis e necessárias, sobretudo quando apoiadas em estratégias que estimulam a participação ativa da gestão, do ensino, da atenção e do controle social. Nesse sentido, o que se apresenta são relações, cujos alinhavos, ainda superficiais, precisam fortalecer-se,

ancorados no engajamento social para a construção do SUS resolutivo e de qualidade que se almeja.

A partir desse estudo, foi possível identificar como o Pró-Saúde tem sido um importante instrumento/dispositivo para a efetivação da integração ensino-serviço, ainda que permeado por diferentes poderes e enfrentamentos. Considera-se fundamental, para sua consolidação como parte importante da política de formação em saúde, que as instituições de ensino e de serviço, sobretudo, os sujeitos imbricados nesse processo, transcendam seus projetos individuais de saber/poder, emergindo em pensamentos profissionais e institucionais ancorados em novas formas de produzir saúde.

Considera-se relevante destacar o déficit de estudos originais, que abordam o Pró-Saúde com objeto central da investigação, o que sinaliza a necessidade de uma maior produção científica; especialmente, de cunho avaliativo, sobre esse e outros dispositivos interministeriais de reorientação da formação na área da saúde. Isso poderá contribuir para ampliar a visibilidade e o reconhecimento de todos os sujeitos, envolvidos em relação à potência desse dispositivo como operador efetivo de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 61, supl.1, p. 31-35, 2008.

ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde UNIFOR e seus nove cursos de graduação. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p. 119-126, 2012.

ANACLETO, K. L.; CUTOLO, L. R. A. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **ACM arq catarin med**, v. 36, supl. 4, p. 76-83, 2007.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, v. 4, supl.1, p. 128-143, 2008.

BATISTA, M. J. et al. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. **Arq odontol.**, v. 46, n. 3, p. 144-151, 2010.

BINZ, M. C.; MENEZES FILHO, E. W.; SAUPE, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações observadas em um espaço docente e assistencial. **Rev bras educ méd.**, v. 34, supl.1, p. 28-42, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no 2.118, de 04 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. [documento internet] 2005a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no. 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de março de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília (DF), 2006.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CALDEIRA, E. S. **Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde**: a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado) Montes Claros (MG): Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES): 2010.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica de saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v.25, p. 11-26, 2001.

CARVALHO, A. M. M. **Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul.** 2011. Dissertação (Mestrado), Porto alegre (RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2011.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, p. 443-456, 2009.

CELEDÔNIO, R. M. et al. Políticas de Educação Permanente e Formação em Saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, v. 13, supl.5, p. 1100-1110, 2012.

COSTA, J. R. B. **Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e metodologias ativas:** o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Orgãos. 2009. Dissertação (Mestrado) Florianópolis (SC): Universidade Estácio de Sá: 2009.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 503-517, 2008/2009.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir** – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: CNPq/IBICT/UNESCO, 2010 (*Título original: Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights).* Paris: UNESCO, 1996).

DIAS, H. S. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia:** dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011. Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz: 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 6, p. 1613-1624, 2013.

DUARTE, F. M. Formação profissional em saúde: alguns apontamentos. **Movimentos Sociais, Direitos e Sociedade**, v. 1, supl.1, p. 1-31, 2012.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

FERRAZ, L. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p. 166-171, 2012.

FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p. 127-133, 2012.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface comun. Saúde educ**, v. 15, n. 39, p. 1053-67, 2011.

FORMIGLI, V. L. et al. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 79, supl.1, p. 3-47, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Rev bras educ méd.**, v. 35, supl. 4, p. 557-566, 2011.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 32, n. 11, p. 98-114, 2008.

HADDAD, A. S. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**, v. 44, supl.3, p. 383-391, 2010.

HAYACIBARA, M. F. et al. II Fórum dos Projetos Pró-Saúde Odontologia das Universidades do Estado do Paraná - relato de experiência. **Espaço Saúde**, v. 11, supl.1, p. 54-60, 2009.

KLEBA, M. E. et al. Práticas de Reorientação na Formação em Saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 408-414, 2012.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gaz méd Bahia**, v. 78, supl.1, p. 31-37, 2008.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev Eletr Enf.**, v. 12, supl. 3, p. 562-566, 2010.

MATSUMOTO, K. S. **A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica**: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Rio de Janeiro (RJ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2010.

MORAIS, F. R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 442-9, 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Rev bras educ méd.**, v. 33, supl.3, p. 428-436, 2009.

MORITA, M. C. et al. Projeto Pró-Saúde odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. **Rev Espaço Sal.**, v. 8, supl. 2, p. 53-57, 2007.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Rev bras educ méd.**, v. 32, supl. 3, p. 333–346, 2008.

PALMIER, A. C. et al. Inserção do aluno de Odontologia no SUS: Contribuições do Pró-Saúde. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, 152-157, 2012.

PERES, C. M. et al. Aprendizado Eletrônico na Formação Multiprofissional em Saúde: Avaliação Inicial. **Rev bras educ méd.**, v. 6, supl.1, p. 134-141, 2012.

PUCINI, R. F. et al. O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Contribuições para Institucionalização e Integração Universidade/Serviços de Saúde. **Rev bras educ méd.**, v. 1, p. 80-88, 2012.

SILVA, M. A. M. et al. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.16, n.42, p.707-17, 2012.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, supl. 2, p. 315-321, 2011.

SILVA, P. M. **Políticas Públicas e formação em psicologia:** a formação como experiência e prática de si. 2010. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre (RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2010.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface comun saúde educ.**, Botucatu, v. 15, supl. 39, p. 1071-1084, 2011.

SOUZA, M. C. A. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: relato de uma experiência. **Rev Flum Odontol.**, v. 17, supl. 36, p. 32-34, 2011.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Rev bras educ méd.** v. 33, n.1, p. 63-69, 2009.

ZEFERINO, A. M. B.; ZANOLL, M. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p.141-146, 2012.

2.3 INSTÂNCIAS COLEGIADAS DE GESTÃO: ESPAÇOS DE COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Para Freire (2007a), a participação se manifesta no exercício de ter voz, ao ingerir e decidir, nos diferentes níveis de poder, num processo democrático, de verdadeira expressão da cidadania.

Bordenave (2006), refere que todo um complexo sistema de normas e de códigos disciplina a comunicação na direção do cumprimento de sua função, qual seja, estabelecer o canal através do qual os padrões da vida cultural são transmitidos. É por meio da comunicação que se aprende a ser parte de uma sociedade, pois ela possibilita “que as pessoas relacionem-se entre si, transformando-se mutuamente e a realidade que as rodeia” (BORDENAVE, 2006, p. 36). O desenvolvimento da capacidade de se comunicar passa por habilidades como a aquisição do poder de reivindicação, a qual requer coesão grupal e habilidades de exposição, autoconfiança, argumentação e persuasão. Sem a comunicação, não pode haver participação. O autor assegura que a capacidade decisória das pessoas demanda dois “processos comunicativos: o de informação e o de diálogo” (BORDENAVE, 1994, p. 68).

Nos processos democráticos, a participação depende da comunicação adequada, tanto nos pequenos grupos, quanto nas massas, e torna-se mais efetiva quando as pessoas conhecem a sua realidade, refletem sobre ela e passam a entender os novos significados das palavras. Nesse caso, a participação pode assumir uma intenção transformadora, com vistas à modificação de estruturas sociais. A participação, para Bordenave (1994, p. 74),

não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Também, não é uma *destreza* que se possa adquirir pelo mero treinamento. A participação é

uma vivencia coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Parece que *só se aprende a participar, participando.*

A modernização dos processos gerenciais tem-se orientado a partir de uma perspectiva mais dialógica, com ênfase na gestão colegiada em todos os níveis, pautada nos conceitos de cogestão, participação e de diálogo. Acredita-se que esse modelo pode contribuir na inovação da micropolítica das organizações por meio de um construto teórico voltado à reinvenção das relações (BERNARDES, *et al.*, 2007).

Na contemporaneidade, compreende-se a participação como uma condição necessária para que uma população melhore as suas condições de saúde e qualidade de vida. Ao longo da década de 1990, observou-se um crescente interesse em promover a participação da população, apesar da dificuldade de incorporá-la de fato à práxis dos serviços. Em 1988, a Constituição promoveu a institucionalização da participação social por meio da implantação dos conselhos gestores, difundindo à gestão pública no Brasil desafios em relação à democratização do poder. O Art. 194 estabelece como competência do poder público a organização da seguridade social, tendo como um dos objetivos o “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados” (BRASIL, 1988, s/p).

A descentralização, na sua dimensão participativa e política, orienta-se a partir da participação das diversas organizações civis nos espaços de deliberações das diretrizes políticas, na esfera das decisões, do planejamento, do controle, com vistas a mudanças no enfrentamento de questões sociais. Isso se dá nos espaços de participação e “controle social” da gestão pública das políticas, construindo uma nova cultura de consenso, fundada na “solidariedade indiferenciada entre as classes, no cooperativismo, ou no solidarismo, no enfrentamento das crises, redefinindo o sentido da participação social” (TEIXEIRA, 2007, p. 159).

Ceccim e Feuerwerker (2004) ponderam que não há motivos para manter a hierarquia organizacional da racionalidade gerencial hegemônica. A gestão colegiada assume um compromisso com a mudança ao suprimir a imagem da pirâmide e o ideário de níveis de gerenciamento, trazendo à reflexão o potencial de mobilização das estruturas colegiadas.

Essas elucidações convergem com as reflexões de Mendes (1996), sobre a democratização das políticas sociais que, segundo ele,

exige a ruptura dos processos de intervenção social centralizados. Nessa ótica, a construção da cidadania pressupõe a descentralização como questão estratégica fundamental. Com base nesses fundamentos, é que se construíram os pressupostos da saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja organização das ações e serviços estrutura-se sob os princípios da descentralização e da participação social.

Mais recentemente, Campos; Cunha e Figueiredo (2013), propõem a *Práxis e Formação Paideia*²⁵ e sua utilização como apoio institucional e cogestão, trazendo ao debate a postura interativa em processos metodológicos que visam à reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Para tais autores, as funções de gestão são exercidas entre sujeitos com distintos graus de saber e de poder, sendo a Práxis Paideia uma maneira interativa de reconhecer as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, para além do simples estabelecimento de relações construtivas entre os diferentes atores sociais (exemplo: em um processo avaliativo, os próprios avaliados estariam comprometidos na construção de diagnósticos e na elaboração democrática de novas formas de agir).

Os direitos conquistados a partir da Constituição, sobretudo, nas áreas de educação e saúde, apontam para a possibilidade da formação de instâncias de discussão e decisão denominadas Conselhos de Educação, de Saúde e outros. Entre os princípios do SUS, aquele, que aponta as condições para o exercício da cidadania por meio da participação da população nos órgãos colegiados, é um dos mais importantes, tendo em vista que permite ao cidadão praticar o controle e a fiscalização das ações de saúde, além do direito e a responsabilidade de tomar decisões, as quais podem ter como consequência a melhoria da assistência à saúde da comunidade (VANDERLEI; WITT, 2003).

Os processos históricos que ocorreram no Brasil a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual consolidou a proposta de um Sistema Único de Saúde, com princípios de universalidade, igualdade, participação social, integralidade e descentralização, foram tradutores de mudanças radicais nas concepções e nas práticas da assistência à saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). Colliselli (2009),

²⁵ A estratégia pedagógica principal da *Formação Paideia* é a prática reflexiva, com vistas à aproximação com a gênese e multiplicidade dos efeitos dos fatos sociais. É uma prática de sociabilidade democrática e também uma metodologia para a formação de pessoas, objetivando a capacidade de análise e intervenção sobre as relações sociais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

lembra que, naquele momento histórico, o reconhecimento formal da necessidade de um exercício de controle social sobre as ações e políticas de saúde foi a principal estratégia para garantir a descentralização e a municipalização da saúde. Assim, a Constituição Federal de 1988 constituiu-se como o primeiro marco legal, que promoveu o controle social, seguida da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90, as quais dispõem sobre realização obrigatória das Conferências de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal e sobre a criação dos Conselhos de Saúde nessas mesmas instâncias (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

As considerações de Kleba (2005) vêm ao encontro de tais recordações, quando sinaliza que a efetivação desses espaços de poder implica forças determinantes, como o Movimento da Reforma Sanitária e as mudanças que vêm ocorrendo no Brasil, a partir da criação do SUS. A participação social, como uma de suas diretrizes, representa um avanço do processo de democratização, não apenas no âmbito do Sistema, mas de maneira geral. Por meio dos conselhos, têm sido ampliados os espaços e o poder da população no sentido de intervir nos rumos da esfera pública.

Considerando a inter-relação entre a participação social e a democracia participativa, Colliselli (2009), destaca que, mais recentemente, na qualificação da gestão pública, é de fundamental relevância a iniciativa de fortalecer instâncias de controle social e de gestão participativa. Assim se consolidam os espaços apropriados ao exercício de uma cidadania ativa, os Conselhos e Conferências, como possibilidade inovadora de participação social na gestão das políticas públicas. Kleba (2005), reforça que esse processo corrobora condições favoráveis à construção social da cidadania e favorece o surgimento de novos atores sociais, aptos para exercer influência na gestão e produção de políticas e ações na área da saúde. Salienta que, nesta perspectiva, evidencia-se a necessidade de um processo educativo contínuo, pois é preciso que os cidadãos apresentem maior conhecimento e informações, que os habilitem a exercer com propriedade o papel decisório.

Com o objetivo de acompanhar e avaliar os projetos do Pró-Saúde, a Portaria Interministerial 3.019/2007, institui as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local:

Art. 3º A estrutura do Pró-Saúde contemplará as seguintes instâncias:

[...] Os Estados, os Municípios e as Instituições de Ensino do Pró-Saúde deverão instituir, respectivamente, a Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde e a Comissão de

Gestão e Acompanhamento Local com a finalidade de acompanhar, monitorar e avaliar os projetos em execução no âmbito do seu respectivo território, observando, quando possível, a seguinte composição:

[...] II - para a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local: participação do(s) coordenador(es) do(s) projeto(s) e de representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde, dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes do(s) curso(s) participante(s) do Pró-Saúde (BRASIL, 2007b, s/p).

Acredita-se que essas instâncias, com representações dos diferentes sujeitos sociais, envolvidos no processo, configuram-se como espaços de compartilhamento do poder decisório, mediante movimentos de diálogo e corresponsabilização.

A institucionalização dos Conselhos de Saúde, nas considerações de Oliveira e Pinheiro (2010), gerou muitas expectativas em relação à probabilidade de gestão democrática das políticas públicas, as quais passaram a ser discutidas publicamente, nessa relação entre Estado e sociedade civil. Contudo, os limites e possibilidades de democratização na área vão ao encontro do processo de democratização da sociedade brasileira, não só tendo em vistas às liberdades políticas, mas ao considerar-se também o campo econômico e social. Com base nesses argumentos, essas autoras discutem a concepção minimalista da democracia – adoção de procedimentos democráticos – necessária para alcançar a democracia maximalista, que aponte para a equidade e a justiça social. Ponderam que a sociedade brasileira ainda está distante desses aspectos, pois ainda se destaca em termos de concentração de renda e desigualdade social.

Para Kleba e colaboradores (2010), apesar de os conselhos gestores serem espaços de compartilhamento do poder decisório, a sua efetividade “tem sido condicionada por inúmeros fatores, desde a capacidade de formulação e negociação de propostas, até o grau de autonomia dos atores que o constituem” (KLEBA *et al.*, 2010, p. 795). Os autores, em seu estudo de análise da efetividade do controle social dos Conselhos Municipais da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, da Educação e da Saúde em um município brasileiro, observaram aspectos de comunicação, deliberação, normatização, entre outros, constataram a necessidade de revisão do papel dos conselhos em

nível municipal, em relação ao número de atribuições, aprofundamento dos debates, legitimidade das designações dos conselheiros, sobretudo, “considerando as condições concretas e objetivas previstas para sua participação efetiva: o caráter voluntário – não profissional/não remunerado –; o tempo restrito previsto para os encontros; a falta de estrutura física e operacional qualificada e autônoma, entre outras” (KLEBA *et al.*, 2010, p. 801).

A pesquisa de Serapioni e Romaní (2006) abrangeu estruturas colegiadas de algumas cidades da Itália, da Inglaterra e do Brasil e evidenciou a participação como um aspecto problemático. Isso se explica, pois a maioria dos interlocutores nessas instâncias - representantes dos usuários, dos profissionais e dos gestores - demonstrou uma tendência à redução da participação depois de uma primeira fase em que ocorreu uma ampla adesão das associações locais, por meio dos seus representantes. Dentre os motivos para explicar esse decréscimo de participação, segundo os autores, estão: o tempo que requerem essas atividades, a limitada influência exercida pelas instâncias colegiadas, entre outros. Contudo, uma característica positiva e comum entre as instâncias de participação estudadas reside no fato de os usuários dos serviços de saúde serem reconhecidos, não como simples indivíduos, mas como cidadãos que participam plenamente nos processos de decisão das instituições de saúde. O estudo confirma que a participação assume diferentes significados, envolve diversas concepções filosóficas acerca da relação entre Estado e sociedade civil e, neste caso, entre sistema de saúde e usuários (SERAPIONI; ROMANÍ, 2006).

Outros estudos reforçam que a instituição de instâncias compartilhadas de gestão, a partir da incorporação de grupos sociais a interesses estruturados no âmbito do Estado, pode ser entendida por meio do estudo da política de saúde e seus arranjos recentes no Brasil, sobretudo na década de 90. Essas disposições representam uma espécie de dialética da organização social, traduzida no conflito entre Estado e sociedade civil. A relevância conferida aos grupos na política pública, traduz-se nos mecanismos de constituição de interesses comuns entre indivíduos e de delegação de poderes de representação a cada um. As novas instâncias colegiadas representam uma base empírica bastante rica para se avançar na compreensão do próprio Estado, na qualidade de matriz distinta do mercado como elemento de regulação da sociedade (RIBEIRO, 1997). As observações realizadas por Kleba *et al.*, (2010), em seu estudo nos conselhos colegiados, revelaram momentos de conflito que justificariam a reorganização do tempo para diálogo, de modo que os atores pudessem aprimorar sua capacidade de comunicação. A prática dos

conselheiros encontrou barreiras na capacidade de ouvir o outro e ser ouvido com interesse, pois, em geral, estavam mais preocupados com que suas propostas e seus argumentos fossem acatados e o debate fosse “vencido” (KLEBA, *et al.*, 2010).

Outras pesquisas demonstram que diferentes fatores dificultam a participação e o controle social, como o autoritarismo, evidenciado na sociedade e nas instituições brasileiras e a discrepância de poder e de saber (inclusive político) entre os conselheiros (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Os conselhos de saúde são fruto de uma indução legal e administrativa originada na esfera federal, portanto, a “obrigatoriedade legal” da participação da população representa uma questão ambígua. De um lado, essa obrigatoriedade favorece a implementação de experiências conselhistas com caráter puramente formal-legal e que se institucionalizam, com reduzido respaldo de mobilização e participação social. De outro lado, permite uma maior explicitação dos conflitos sociais. Por estarem ancorados em um estatuto legal, é consenso, entretanto, que os conselhos podem provocar importantes movimentos ao questionar os mecanismos de poder tradicionais, além de alterar condições e realidades sociais (GRISOTTI; PATRICIO; SILVA, 2010).

Ao trazer esses conceitos e reflexões para os conselhos gestores, que compõem o sistema de saúde público, entende-se que, de maneira geral, comportam-se mais como “representativos”.

Nessa ótica, Wendhausen e Cardoso (2007) defendem que podem e devem ser permeados por práticas da democracia participativa, num espaço que conceba uma combinação de instâncias representativas e que dialogue com sua base. Acredita-se que quanto mais representativos e autênticos forem os participantes, ao manterem suas relações e interesses para com a base, maior será o envolvimento com o processo decisório. A participação gera atitudes de cooperação, de interação e de comprometimento com as decisões, bem como aumenta o senso de eficácia política. Ainda, a interação, associada aos movimentos de racionalidade comunicativa, gera a transformação da sociedade.

Em relação ao papel do conselheiro com a entidade que representa, o estudo de Grisotti, Patrício e Silva (2010) evidenciou que há um limite no repasse das deliberações do conselho à entidade representada. Os participantes referem que participam pouco e que não têm preocupação com o retorno das deliberações e, mesmo os que referem repassar as informações, não deixam claro como é o processo. Desse modo, o retorno das deliberações do conselho às entidades representadas, sinalizou somente o conhecimento informativo. Além disso, alguns conselheiros desconhecem as bases das políticas públicas, o

regimento interno do CMS e mesmo o seu papel, na qualidade de representante no Conselho.

Ao vislumbrar-se a participação como estratégia na direção da consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário compreender o processo decisório em um sistema democrático. Tomam-se por base as considerações de Wendhausen e Cardoso (2007), quando sinalizam que a expressão democracia representativa tem a ver com as deliberações assumidas por pessoas eleitas com a finalidade de representar um grupo. Nessa direção, a participação diz respeito à escolha daqueles que, nos espaços em que as decisões são tomadas, tomam para si o papel de líderes e que, nesse papel, devem decidir e governar. Com base nas prerrogativas, o controle depende da competição entre os líderes pelo voto da população, donde em alguns casos, tais representantes deixam de “representar” os interesses dos que o elegeram e passam a ser dominados por oligarquias - grupos de interesses que acabam servindo aos seus próprios interesses - em combinação com os ocupantes do poder (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007). Essas considerações apontam para a necessidade do indivíduo de, ao escolher seus representantes, ter oportunidades de debates em níveis locais e de não ser considerado isoladamente. Para que haja democracia, é preciso a participação efetiva da sociedade – participação cidadã – o que reforça o efeito integrativo da participação da sociedade, a sua contribuição para o processo de desenvolvimento político e para auxiliar o indivíduo na sua conscientização e autonomia.

Por fim, vale ressaltar que os limites para o processo de participação não ocorrem apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como pela falta de vontade política para que a cidadania, de fato, seja exercida. Cumpre, ainda, destacar que, para a mudança dessa realidade, é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o estado, que reforcem condutas de confiança recíproca, visando à construção de um bem verdadeiramente comum (COTTA, *et al.*, 2011).

3 SUPORTE TEÓRICO FILOSÓFICO

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão-
ação”*

Paulo Freire

Com a intenção de situar os fundamentos teórico-filosóficos que sustentam o estudo, busco, neste capítulo, aprofundar alguns elementos teóricos importantes para fundamentar as discussões posteriores.

Embora não se pretenda um “modelo conceitual” neste momento, as abstrações (conceitos), aqui reunidas, têm relevância para o objeto que pretendo investigar, pois garantem a compreensão do fenômeno e refletem as noções e suposições filosóficas de quem as elaborou (POLIT, BECK, 2011). De acordo com Minayo (2013), na elaboração de uma pesquisa, não é suficiente compreender os conceitos como operações lógicas e se estão articulados. É preciso, para além, compreender “o sentido histórico e sociológico de sua definição e das combinações que produzem” (MINAYO, 2013, p. 177).

Para realização do estudo, algumas considerações teóricas foram necessárias a fim de articular ideias elucidadas na revisão de literatura com o objeto a ser investigado, com o propósito de possibilitar maior clareza ao percurso metodológico e auxiliar na interpretação dos resultados da pesquisa. Nessa ótica, a **integração ensino-serviço** – objeto desse estudo – articulada nos espaços colegiados de gestão dos processos de educação em saúde, pode estar ancorada, entre outros referenciais, ao referencial teórico conceitual de Paulo Freire. Considera-se que tais processos estão envoltos nos pressupostos do educador, pois implicam a participação e no diálogo entre gestores, profissionais da saúde, profissionais do ensino e representantes da comunidade, ou seja, entre os sujeitos sociais, envolvidos no processo de integração do ensino com o serviço.

É nessa perspectiva e frente aos desafios propostos, que esse estudo será discutido à luz do referencial teórico do educador e cientista social Paulo Freire, conhecido no Brasil e no mundo. Como educador, Freire declarava a importância do diálogo, de respeitar a opção dos seus pares e que cada sujeito social tem um compromisso ético, libertador e progressista, na sua prática cotidiana.

3.1 PAULO FREIRE E O COMPROMISSO COM A EDUCAÇÃO: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE SEU LEGADO

Paulo Freire nasceu em Recife, no dia 19 de setembro de 1921. Seu nome completo: Paulo Reglus Neves Freire, embora não tenha se popularizado assim. Filho de Joaquim Temístocles Freire, oficial da Polícia Militar de Pernambuco e de Edeltrudes Neves Freire, uma zelosa dona de casa. Quando dedicou aos pais seu primeiro livro: “Educação como prática da liberdade”, referiu que foi com eles que aprendeu o diálogo que manteve com o mundo, com os homens, com Deus, com sua mulher e com seus filhos (BARRETO, 1998).

A crise de 1929, que abalou o mundo após a Primeira Guerra Mundial, repercutiu também no Brasil, afetando, ainda mais, a nossa economia e acentuando as desigualdades sociais na nação. Esse período deixou suas marcas profundas na vida do menino Paulo Freire. A pobreza e as dificuldades encontradas o fizeram refletir que havia algo de errado num mundo no qual algumas pessoas eram submetidas a tantas carências; concluiu que essas injustiças não eram toleráveis e que algo devia ser mudado (BARRETO, 1998).

Do Colégio Oswaldo Cruz, em Jaboatão, próximo a Recife, Paulo Freire completou os sete anos dos estudos secundários - cursos fundamental e pré-jurídico - ingressando, aos 22 anos de idade, na Faculdade de Direito do Recife. Fez essa "opção" por ser a única que se oferecia dentro da área de ciências humanas. Em algum momento, entre os 15 e os 23 anos, descobriu o ensino como sua vocação e, por meio do estudo da linguagem popular e erudita, foi descobrindo o quanto gostava da educação. Posteriormente, retornou ao mesmo colégio como professor de português, durante o tempo em que cursava a faculdade (BARRETO, 1998; TONIOLO, 2010).

Foi nessa época que conheceu Elza Maia Costa Oliveira, professora da pré-escola, mulher que marcaria a sua vida pessoal e profissional. Por influência de Elza, Paulo deixou a advocacia, pois pressentia ser a educação a sua verdadeira vocação, obteve total apoio da companheira. Trabalhou durante dez anos, de 1947 a 1957, no Serviço Social da Indústria (SESI), órgão recém-criado através de um acordo com o governo Vargas e a Confederação Nacional da Indústria. Esse período representou a experiência fundamental para a sua formação pedagógica, num tempo ao qual ele se referia como “fundante”, porque marcou o início de sua compreensão do pensamento, da linguagem e aproximação com os grupos populares. “Foi no SESI, convivendo com diretores e professores de escolas primárias, coordenadores e participantes de

programas culturais, que Paulo se convenceu do peso do autoritarismo na cultura brasileira” (BARRETO, 1998, p. 25; TONIOLO, 2010).

Foi nessa época que vivenciou uma experiência denominada de “Círculo de Pais e Mestres”, em que se buscava a interação entre pais e professores das escolas mantidas pelo SESI. Nos encontros periódicos, tratava-se sobre um tema educativo de interesse do grupo. Era evidente o predomínio do grupo de especialistas sobre os pais, os quais permaneciam mudos enquanto os professores falavam. “Contava Paulo que, naquele exato momento, descobriu o quanto é diferente falar “para alguém” e falar “com alguém”. Ficava evidente a importância de se levar em conta os interesses dos educandos nas ações educativas” (BARRETO, 1998, p. 26).

Ao deixar o SESI, Freire seguiu sua vocação de educador, tornou-se professor universitário. Em 1960, o prefeito do município de Recife, Miguel Arraes, mostrou-se interessado em ampliar os trabalhos de educação com crianças e adultos nas amplas áreas da pobreza. Para engajar-se em um movimento de divulgação cultural e educação popular de crianças e adultos, convidou intelectuais, sindicalistas e o povo em geral para formarem o conhecido “Movimento de Cultura Popular de Pernambuco (MCP)”. No MCP, Paulo teve suas primeiras experiências no campo da alfabetização de adultos, a qual considerou um processo abrangente, chamado de “conscientização” (BARRETO, 1998).

Freire foi o primeiro educador a sistematizar e a experimentar um método pedagógico inteiramente criado para a alfabetização de adultos. Fundamentou-se nas ciências da educação, sobretudo na Psicologia e na Sociologia, tendo grande importância a Metodologia das Ciências Sociais. Seus conceitos e ideias, também, receberam influência do marxismo, do existencialismo e da fenomenologia (GADOTTI, 1996). A pedagogia aplicada à alfabetização provocou profunda desaprovação nas classes dominantes, Freire foi considerado um “subversivo internacional” e submetido ao exílio do seu país (BARRETO, 1998).

No Chile, para onde se exilou após ser banido, Paulo trabalhou com Jacques Chonchol, idealizador da reforma agrária no ICIRA (Instituto de Capacitação e Investigação em Reforma Agrária). Durante esse exílio, também produziu as conhecidas obras: “Educação como Prática da Liberdade”, escreveu os artigos que mais tarde formaram o “Ação cultural para a liberdade”, além de escrever seu livro mais famoso: “Pedagogia do Oprimido”. Através de contatos feitos com Ivan Illich, incentivador da desescolarização, passou a manter relações com grupos norte-americanos que desenvolviam atividades educativas nas áreas de ocupação da população negra. Freire viveu nos Estados Unidos, onde

ministrou aulas como professor convidado na Universidade de Harvard (1969), viveu na Suíça (1970), visitou a África (1971), onde aprimorou seus estudos sobre a linguagem, andou pela Ásia, pela Oceania e pela América, os anos 1970 (GADOTTI, 1996).

Retornou ao Brasil em 1979, juntamente com Elza, retomou o contato com os grupos populares preocupados com o fortalecimento do povo e na direção de um país menos desigual. Eram grupos de alfabetização de adultos e de catequese, movimentos de moradia e de saúde, boa parte desses trabalhos ligados às ações das comunidades de Base da Igreja Católica. Após o falecimento de Elza, em 1986, depois de um período de profunda tristeza, em agosto de 1988, Paulo se casou com uma ex aluna, Ana Maria Araújo (BARRETO, 1998).

Com sua nova companheira, Freire aceitou novos desafios e, em 1989, foi empossado como Secretário da Educação do Município de São Paulo. Convidado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1991, desenvolveu um vasto trabalho, proferindo palestras nas faculdades, gravando vídeos e discutindo projetos pioneiros da Universidade. Também filiou-se ao Partido dos Trabalhadores (PT), do qual foi membro integrante e fundador, trabalhando de 1980 a 1986 como Diretor da Fundação Nelson Pinheiro e participando também da fundação do VEREDA (Centro de estudos em educação). Durante aquele ano, afastou-se do cargo de Secretário da Educação, mas continuou como membro do seu Colegiado até final de 1992 (BARRETO, 1988; TONIOLO, 2010).

A promessa que fizera de dedicar-se a escrever foi cumprida fielmente, a partir do momento em que deixou a Secretaria da Educação, Paulo escreveu: *A educação na cidade* (1991), *Pedagogia da esperança* (1992), *Política e educação* (1993), *Professora sim, tia não* (1993), *Cartas a Cristina* (1994), *À sombra desta mangueira* (1995) e, por último, *Pedagogia da autonomia* (1996)²⁶ (BARRETO, 1988).

Ana Maria “Freire”, em muitas oportunidades, reafirmou a certeza de que o marido tinha na possibilidade de transformação do ser

²⁶ Obras de Paulo Freire: “Educação como Prática da Liberdade” (1967), “Extensão ou Comunicação” (1971), *Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos* (1976), “Cartas à Guiné-Bissau. Registros de uma experiência em processo” (1977), “Educação e Mudança” (1979), “A importância do ato de ler em três artigos que se completam” (1982), “A Educação na Cidade” (1991), “Pedagogia da Esperança: um retorno a Pedagogia do Oprimido” (1992), “Política e Educação” (1993), “Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar” (1993), “Cartas a Cristina” (1994), “À sombra desta Mangueira” (1995), “Pedagogia da Autonomia” (1996), e “Pedagogia da Indignação” (2000).

humano por meio da educação, que liberta e da utopia democrática, pois acreditava na necessidade de fazer-se o possível hoje para construir a sociedade democrática do amanhã. Sua morte, em 02 de maio de 1997, causou comoção pela perda do educador de reconhecimento internacional e do homem humanista, defensor de princípios de liberdade, solidariedade e esperança (PELANDRÉ, 2009).

O pensamento de Paulo vem da visão de ser humano e do mundo: para ele o homem deve ser compreendido como um ser de relação, pois ninguém está só no mundo, um ser capaz de transcender a partir da consciência que tem de sua finitude, um ser em busca de sua “completude”, pois a ação dos seres humanos sobre o mundo não só muda o mundo, muda também os sujeitos desta ação, e, sobretudo, um sujeito da sua história, pois, ao contrário do animal, o ser humano pode tridimensionar o tempo, reconhecendo o passado, o presente e o futuro (BARRETO, 1988).

Gadotti (1996) analisa a sua obra em dois momentos distintos: num primeiro momento, quando a obra é oriunda da práxis e do seu compromisso social com os excluídos da condição de cidadania, na direção da busca pela liberdade.

A pedagogia do oprimido, como pedagogia humanística e libertadora, terá dois momentos distintos. O primeiro, em que os oprimidos vão desvelando o mundo da opressão e vão comprometendo-se na práxis, com a sua transformação; o segundo, em que, transformada a realidade opressora, essa pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo de permanente libertação (FREIRE, 2005, p. 44).

Num segundo momento, quando surge o “Método Paulo Freire”²⁷, sistematizado, posteriormente, na produção teórica. A

²⁷ Os primeiros trabalhos de alfabetização inspirados em Paulo Freire surgiram a partir de 1962, na cidade de Angicos, no estado do Rio Grande do Norte – Brasil. Nos dois anos seguintes, estes trabalhos ganharam força e se expandiram. Diversas experiências foram sistematizadas e denominadas por outros autores como “Método Paulo Freire”. O método de alfabetização desenhado por Freire chegou a lugares distantes do Nordeste e estava prestes a envolver todo o país, por meio do Plano Nacional de Alfabetização do Ministério de Educação, não fosse o Golpe Militar de 1964, que interrompeu os trabalhos e reprimiu toda a mobilização já conquistada (BARRETO, 1988; GADOTTI, 1996).

concepção de Freire compõe-se de categorias que unem o pensamento marxista e o cristão e configura-se em uma visão dialógica da conscientização que pode ser resumida em “conhecer para transformar”. Paulo Freire pode ser considerado um Dialético. Seus pressupostos indicam a educação como uma prática antropológica por natureza, podendo transformar-se em uma prática libertadora. Ele identifica, em seus estudos, duas condições fundamentais para a formação da consciência crítica: o *diálogo* e a *práxis* (GADOTTI, 1996). Nessa ótica, defende o papel do sujeito na história e a história como possibilidade de transformação, a qual só pode ser alcançada por meio da ação consciente de sujeitos históricos organizados, e não por meio da luta de classes, simplesmente. Para ele, o homem deveria deixar de ser objeto e tornar-se sujeito de sua própria história e, nesse sentido, admitia que o socialismo era uma utopia que precisava ser renovada pela educação. É, nesse aspecto, que o seu pensamento é original em relação ao Marxismo (GADOTTI, 1996; WATERKEMPER, 2012).

[...] he señalado que la pedagogía del oprimido de Paulo Freire supone una síntesis de importantes corrientes filosóficas del siglo XX aplicadas al quehacer educativo; pero, sobre todo, deseo destacar que, si bien es cierto que la pedagogía del oprimido encaja, lógicamente, con la realidad del Tercer Mundo y en ella encuentra su eco y razón de ser, creo que, si el Tercer Mundo es un producto del primero y ambos mundos se relacionan como dos caras de una misma moneda, Freire tiene pleno sentido universal (GÓMEZ, 2008, p. 171).

Nessa construção freireana, a conscientização implica “[...] que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade dá-se como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica” (FREIRE, 2001a, p. 30).

Paulo Freire formula dois modelos educativos: 1) o modelo bancário e 2) o modelo libertador/problematizador. No modelo bancário, o educador domina o saber e o educando o ignora. No modelo, o ensino é compreendido como um depósito, como mecânica, por meio de uma relação verticalizada. O modelo libertador/problematizador, ao contrário, conta com a reciprocidade, numa relação dialógica entre educador e educando. Fundamenta-se a partir de uma educação que se sustenta no pressuposto de que tanto o educador quanto o educando aprendem ao

mesmo tempo em que ensinam. Esse ato cognoscente fundamenta a relação de diálogo. O ensino acontece por meio da atividade problematizadora, crítica e investigativa, com o objetivo de desvelar a realidade, de maneira que educador e educando possam se situar no mundo de uma maneira mais consciente e crítica (FREIRE, 2011a). Assim, a educação pode impulsionar mudanças ou manter uma situação sob controle, ou seja, para Freire não existe neutralidade no processo educativo.

Dessa maneira, era o mestre Paulo Freire: sua grandeza na qualidade de pensador do povo brasileiro, residia na sua eterna disposição em aprender com troca de experiências entre os grupos populares, por meio do diálogo (SOUZA, 2010).

3.2. OS CONCEITOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO: APROXIMAÇÕES COM A PROPOSTA DE PAULO FREIRE

Na obra “Conscientização: teoria e prática da libertação”, Freire (2001a), partindo do ideário de que o homem é um ser histórico, envolvido por condições espaço-temporais, refere-se a seis pressupostos que denomina “ideias força”:

1) Toda ação educativa precisa estar precedida de reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida do homem a quem se deseja educar. Todas as concepções de Freire situam-se sob a orientação desse primeiro pressuposto.

2) O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre a sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve levar o educando à tomada de consciência e à atitude crítica no sentido de mudar essa realidade.

3) O homem chega a ser sujeito por meio da integração do homem com o seu contexto, pois assim haverá a reflexão, o comprometimento e a construção de si mesmo. Esse pressuposto pode ser dividido em outras duas afirmações:

3.1) o homem, precisamente porque é homem, é capaz de reconhecer que existem realidades, que lhes são exteriores. O homem tem capacidade de discernimento, relacionando-se com outros seres;

3.2) através dessas relações é que o homem chega a ser sujeito. A capacidade de distinguir leva-o a perceber a realidade externa e a entendê-la como desafiadora. A resposta que o homem emite diante de um desafio não muda somente a realidade, mas transforma o próprio

homem: “pela ação e na ação, é que o homem se constrói como homem” (FREIRE, 2001a, p. 43).

4) À medida que o homem integra-se às condições de seu contexto de vida, reflete sobre elas e obtém respostas aos desafios que lhe são apresentados, criando cultura.

5) O homem cria cultura e faz história, pois, na medida em que ele cria e decide, as épocas vão-se formando e reformando.

6) É necessário que a educação (libertadora) permita que o homem chegue a ser sujeito, a construir-se como pessoa, a transformar o mundo, a relacionar-se e a fazer cultura e história (FREIRE, 2001a).

Desses pressupostos, emergem conceitos que acompanham a obra de Paulo freire. Apresento a seguir, alguns desses conceitos, os quais considero fundamentais para problematizar as discussões e sustentar a construção do presente estudo: **Diálogo, Conflito, Negociação, Alteridade, Participação, Democracia Participativa, Educação, Formação Permanente e Práxis.**

3.2.1 Diálogo: superação de conflitos rumo à negociação e à alteridade entre sujeitos que se complementam

O **diálogo**, segundo Freire, é uma necessidade existencial, condição básica para o conhecimento. O ato de conhecer ocorre a partir de um processo social, mediado pelo diálogo, ou seja, é por meio dele que se obtém a compreensão do significado social dos temas, em que estão em discussão, e que se toma consciência da realidade (FREIRE, 2001a; 2005; 2011a). O diálogo ocorre na comunicação entre os sujeitos, a partir de um encontro, que se realiza na práxis, na ação com reflexão, o qual se fundamenta no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005).

Freire supunha que, pronunciando o mundo, os homens o transformam e que, nesse processo, o diálogo impõe-se como um requisito existencial e como o caminho pelo qual os homens ganham significação na sua condição humana. A confiança e a fé em si mesmo são elementos que fazem dos sujeitos dialógicos companheiros no ato de pronunciar o mundo (FREIRE, 2007a).

Para o educador, a escuta, assim como a fala, é uma condição para a comunicação dialógica entre sujeitos sociais com diferentes opiniões e que, portanto, há momentos em que a disciplina do silêncio deve ser assumida com rigor:

O primeiro sinal de que o sujeito que fala sabe escutar é a demonstração de sua capacidade de controlar não só a sua necessidade de dizer a sua palavra, que é um direito, mas também o gosto pessoal, profundamente respeitável, de expressá-la. Quem tem o que dizer, tem igualmente o direito e o dever de dizê-lo. É preciso, porém, que quem tem o que dizer saiba, sem sombra de dúvida, não ser o único ou a única a ter o que dizer (FREIRE, 2011a, p.114).

Quem tem o que dizer, todavia, deve motivar e desafiar aquele que escuta. O autoritário comporta-se como proprietário da verdade e se apossa, inclusive do tempo, para discorrer sobre ela. Já o democrático é aquele que aprende a falar escutando e “é cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, *silencioso*, e não *silenciado*, fala” (FREIRE, 2011a, p.115).

Nessa direção, Freire considera que o diálogo é possível entre os diferentes. Isso se torna viável ao reconhecer o valor dos mais diversos saberes e os níveis de percepção da realidade de cada um. O fato de os sujeitos serem diferentes não quer dizer que seja preciso negá-los, ao contrário, por meio do diálogo é possível compreendê-los; o que varia, todavia, é o conteúdo do diálogo. Assim, é possível trabalhar com os diferentes, mas não com os antagonísticos (FREIRE, 2005; 2011a). O diálogo

[...] é uma existência existencial [...] é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos [...] não pode se reduzir ao ato de depositar ideias de um sujeito no outro [...] Não é também na discussão guerreira, polêmica, entre sujeitos que não aspiram comprometer-se com a pronúncia do mundo, nem a buscar a verdade, mas impor a sua. Como posso dialogar se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela? [...] se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?” (FREIRE, 2005, p.86-87)

De forma coerente com essa afirmação, Reibnitz e Prado (2003), referem-se ao diálogo presente nos mundos do ensino e da prática em saúde, como uma condição essencial para a construção da cidadania, pois

ela requer atitudes de respeito, abertura, compartilhamento e troca de experiências, vivências, sentimentos e pensamentos.

Dessa maneira, ou seja, compreendendo a si mesmo e aos outros, por meio do diálogo, o homem ganha autonomia e capacidade de lidar com **conflitos** – discussão guerreira – estabelecendo relações com outros sujeitos, elaborando novos conceitos e significados, possibilitando a **negociação** de novas possibilidades.

Freire (2007a) defende o direito da crítica, desde que não se falte à verdade ao assumir tal atitude. Considera esse direito um imperativo ético para o aprendizado da democracia. A crítica é essencial ao avanço da prática e da reflexão teórica, na direção de uma nova construção. Os diferentes pontos de vista que brotam de uma relação dialógica, portanto, podem implicar uma combustão criativa que produz inovação de ideias – para Freire, novas possibilidades de ver o mundo. Abers e Keck (2008) chamam a isso de “relações fecundas”, originárias de elementos que não são fruto do pensamento de um ou de outro, mas sim, inovadoras (ABERS; KECK, 2008; LANE; MAXFIELD, 1996). Relações fecundas resultam, portanto, da aproximação de diferentes interesses e pontos de vista como possibilidade de geração de inovações. O elemento principal dessa interação de ideias brota da construção de relações concretas entre sujeitos, que desenvolvem a capacidade para utilizar as diferentes experiências de forma inédita (LANE; MAXFIELD, 1996). Freire relaciona esse nível de participação com a democratização das estruturas sociais como possível, mediante às relações dialógicas entre os sujeitos, na busca do “inédito viável” - algo que não é claramente conhecido e vivido, mas que, ao ser percebido por aqueles que pensam utopicamente, deixa de ser um sonho, podendo tornar-se realidade (ZITKODKI, 2008).

Nesse contexto, o educador recomendava a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, como uma pedagogia para a libertação, baseada no respeito, no diálogo crítico e libertador e não no diálogo “às escâncaras, que provoca a fúria e a repressão [...]”, na medição de forças conflituosas, em que não há espaço para a negociação (FREIRE, 2005, p. 57).

É por meio dessa junção de saberes, que se apoia no respeito aos diferentes, e das relações fecundas que podem advir desses encontros, que Freire nos faz supor a **alteridade**, como lugar de encontro entre os homens, como possibilidade de visualizar o novo, a transformação, a partir da humildade e do respeito às diversas formas de ver o mundo. “Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles” (FREIRE, 2005, p. 87).

O indivíduo tem uma relação de dependência com a história, da qual é sujeito, provido de uma atitude consciente. Por meio da comunicação, o ser humano pode transformar o mundo, fazendo-se sujeito da história, numa direção ética e estética. Isso significa que a teoria e a prática freireana fundamentam-se em uma ética inspirada na relação homem-mundo e na capacidade de relacionar-se com as pessoas e com a sociedade. A expressão da ética ocorre nas formas da estética e no resgate da beleza de todas as formas de expressão humana. Assim, a beleza não é privilégio de uma classe, mas uma construção compartilhada por todos, precisando ser re-conquistada a cada momento, por meio de atitudes capazes de criar e recriar o mundo (FREIRE, 2011a). Essa é a natureza política do homem. A ética e a postura democrática implicam a coerência entre a teoria e a prática, e no respeito ao pensamento, aos gostos, aos desejos e aos receios dos outros (FREIRE, 2007a). “O respeito à autonomia de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2011a, p. 58).

Freire foi singular na forma como traduziu de maneira clara e amorosa o sentido das relações dialógicas, defendendo sempre que elas envolvem uma aproximação entre os homens, dando a todos o direito de exporem a sua palavra e a sua visão de mundo. “O diálogo é esse encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (FREIRE, 2005, p. 85). A partir da compreensão freireana, não é possível estabelecer uma relação dialógica, em que apenas um interlocutor pronuncia-se. É a partir dessa relação amorosa e, ao mesmo tempo, respeitosa, que se estabelece a interação e a alteridade, como possibilidade pela qual os sujeitos sociais complementam-se por meio de uma atividade dialógica, não necessariamente com as mesmas ideias e posições, mas se respeitando e enriquecendo o diálogo a partir da diversidade de pensamentos, sentimentos, sonhos e trajetórias que os caracterizam (FREIRE, 2005).

3.2.2 Participação como exercício da democracia: ter voz para transformar a realidade

A **participação**, para Freire (2007a, p. 74) é o “exercício de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder”, como expressão do direito à cidadania, a partir da prática educativa progressista.

Para o educador, a democracia só é possível por meio da prática da participação, pelo direito de falar, de ter voz, de realizar o discurso

crítico. Assim, a participação apresenta-se como atividade essencial para a construção de uma sociedade mais justa, no uso da palavra, capacidade de tomar de decisões, como direito de expressão da cidadania, no momento em que os sujeitos que a realizam são coerentes com o seu discurso (FREIRE, 2007a).

Ao democratizar o poder, reconhecendo o direito de voz de todos os sujeitos, diminuindo o poder pessoal dos líderes, é possível criar instâncias novas de poder, como, por exemplo, os conselhos deliberativos, democratizando e descentralizando o poder. A **democracia participativa**, portanto, implica descentralizar decisões e, conseqüentemente, limitar o poder individual, transformando estruturas tradicionais de gestão. “A democracia demanda estruturas democratizantes e não estruturas inibidoras da presença participativa da sociedade civil no comando da res-pública” (FREIRE, 2007a, p. 76).

A democracia está associada à ideia de participação dos cidadãos, decidindo, executando e, em última análise, transformando a realidade, a partir de um processo democrático. Na obra “Pedagogia do Oprimido”, Freire chama atenção para a inserção crítica das massas populares na realidade, a fim de vivenciá-la, refletir sobre ela, captá-la, conhecê-la e transformá-la (FREIRE, 2005). Contudo, o autor entendia que não há prática que não esteja submetida a certos limites. A prática é social, ainda que tenha uma dimensão individual, ocorre num contexto espaço-temporal e não na cabeça de cada um (FREIRE, 2001b).

Esse tipo de desenvolvimento social, portanto, precisa de uma postura individual consciente. Assim, criar um homem novo, um sujeito consciente de suas responsabilidades históricas e da sua participação efetiva e criadora nas transformações sociais, pressupõe o encontro. Os homens, em reunião, mediatizados pelo mundo, e com o profundo desejo de pronunciá-lo, ganham poder para fazê-lo. Por meio da educação libertadora, Freire propõe o aprendizado do exercício de participação, participando – pois considera que não é possível falar de participação sem experimentá-la – dando voz ao sujeito (FREIRE, 2005; 2007a).

A contribuição de Freire no conceito de participação, reside também, na construção de um referencial de conquista por aqueles que lutam por mais direitos, maior liberdade e não se conformam frente à opressão e à injustiça contra uma maioria desassistida, que não consegue fazer-se ouvir. Nesse sentido, ser cidadão implica em ter consciência de que se é sujeito de direitos e também de deveres (FREIRE, 2001b; 2005).

A participação expressa a capacidade humana de decidir, de optar, transcendendo à prática mecanicista na direção de uma posição, criticamente, otimista. Desperta no homem a possibilidade de construir a

história por meio da responsabilidade social, como sujeito. Para ser cidadão, portanto, é preciso participar efetivamente da vida da comunidade. O homem, integrado ao seu contexto, reflete sobre ele e passa a ser sujeito ao comprometer-se (FREIRE, 2001a; 2001b).

Quando os homens manifestam-se, perante os desafios do seu cotidiano, que são gerados pela vida em sociedade, eles temporizam esses espaços e fazem história por meio da sua própria atividade criadora. Ao desenvolverem a percepção crítica sobre estar no mundo, são capazes de apreenderem o mundo como uma realidade da qual fazem parte, como seres inacabados, num processo constante de realização. Freire (2001a, p.41) esclarece: “O homem, porque é homem, é capaz igualmente de reconhecer que não vive num eterno presente, e sim, num tempo feito de ontem, de hoje, de amanhã. Essa tomada de consciência de sua temporalidade permite-lhe tomar consciência de sua historicidade...”. Finalmente, integrado ao seu contexto, o homem reflete sobre suas condições, aprende com seus erros, cria cultura – “resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens” (FREIRE, 2001a, p. 43).

Reside, nesse contexto, o verdadeiro exercício da participação livre e crítica. O educador refere-se à liberdade como resultante de uma aproximação crítica com a realidade, por meio do seu conhecimento. Explica que, na sua primeira aproximação com o mundo, o homem assume uma posição ingênua. Falta aos seres humanos, que desenvolvem essa consciência ingênua da realidade – a quem chama de oprimidos – a compreensão crítica da totalidade em que estão inseridos. Essa realidade é captada em pedaços, com os quais não é possível perceber a totalidade, portanto, reconhecer a sua própria realidade (FREIRE, 2001a). Assim, a conscientização só é possível a partir do conhecimento crítico, da tomada de posse da realidade, o que aproxima o homem da utopia²⁸ (FREIRE, 2001a; 2005; 2011a).

A participação implica, portanto, em comprometimento. Nessa direção, Paulo Freire aponta a necessidade de transformação social, no sentido de criar uma identidade entre os cidadãos, para que se reconheçam como parte da sociedade e preocupem-se com as questões públicas, não apenas com as questões individuais. Identificando-se como cidadãos, os homens sentem-se motivados a trabalhar em confluência

²⁸ compreendida como compromisso histórico do homem que se compreende como inacabado, com a emancipação, por meio da educação (FREIRE, 2001a; 2005; 2011a).

com a melhoria das condições de vida de toda a população, pois se comprometem com a realidade que os cerca (FREIRE, 2011a).

Cotta *et al.* (2011), reforçam esse aspecto, relacionado à participação no contexto da saúde, ao assinalar que a possibilidade de empoderamento/libertação da população permite uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade. Dessa maneira, o empoderamento permite o redimensionando da participação, que passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que queremos, não apenas como uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas. A participação assegura o poder por parte do povo, pois quando a população envolve-se e participa das decisões e da fiscalização dos serviços públicos, estes convergem para a melhoria em qualidade e oportunidade para todos.

Coerente com esse pensamento, Kleba (2005) sinaliza que consolidar os direitos de cidadania implica a criação de espaços de luta, de manifestação política, pois o cidadão é autor de direitos que lhe possibilitam conquistar novos espaços de participação política. Ele não é apenas um “portador” de direitos e de deveres.

A participação cidadã, portanto, não se configura como a simples busca do poder, mas como o sentimento de pertencimento aos processos histórico-sociais e o desejo de contribuir para o desenvolvimento político e social, de forma responsável, atuando como sujeito, parceiro, engajando-se em discussões que são fundamentais para suas vidas (FREIRE, 2001a, 2007a, 2011a).

Freire acreditava que a ação educativa, ancorada às forças produtivas, poderia levar à superação da in experiência democrática. Ele se surpreendia com as descobertas que o povo ia fazendo com sua participação nos “Círculos de Cultura”.

Os Círculos de Cultura são apresentados por Freire (2005) como uma unidade de aprendizagem na qual o sujeito social participante é um ser humano livre, autônomo, com diferentes experiências culturais de vida que devem ser respeitadas. Esse sujeito-cidadão, por meio do diálogo, interage, relaciona-se com outros seres humanos, tendo a capacidade de ensinar e aprender, fortalecer e ser fortalecido, raciocinar, refletir e decidir pelo bem-estar pessoal e coletivo no contexto de suas vivências e experiências. Cumpre destacar que o ponto de partida para a compreensão de como deveriam se estruturar os Círculos de Cultura é a adoção das bases de uma pedagogia centrada na igualdade de participações livres e autônomas (FERRAZ *et al.*, 2012).

É nessa perspectiva, que as políticas no âmbito da saúde, recriaram esse ideário, ao sustentar que espaços democráticos são também espaços pedagógicos, de reflexão crítica e de construção de sujeitos. Nessa direção, ampara-se a democracia participativa. A metodologia implica a capacidade de compreensão e intervenção dos sujeitos sobre os outros, sobre o contexto e sobre si mesmos, contribuindo para a construção de sociedades democráticas e com grau crescente de democracia social.

Coerente com tais argumentos, a sugestão de formação da *roda*, nos processos de educação em saúde não é apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, mas configura-se em um dispositivo de criação local de possibilidades no qual interesses reconhecidos e abertos ao diálogo podem gerar pontos convergentes e aproximações (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; KLEBA; COMERLATTO; COLLISELLI, 2007; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Freire alerta, em sua obra, sobre tomar uma atitude frente ao mundo e sobre decidir-se em favor ou contra quem lutar. Afirma que compreender a realidade exige posicionamento diante dela, e isso, nos processos democráticos, significa optar pela descentralização, em oposição à centralização do poder, como forma de participação ativa no processo de decisão.

Ao tratar sobre democracia, em “Educação na Cidade”, Freire (2001c, p. 136) sinaliza que:

é impossível atravessar a estrada do aprendizado da democracia, de como fazer democracia sem confrontar basismo e elitismo, expressões vivas em nossas tradições autoritárias. Nós estamos ainda no processo de aprender como fazer democracia. E a luta por ela passa pela luta contra todo tipo de autoritarismo.

Kleba, Comerlatto e Colliselli (2007), de maneira confluyente com tal ideário, em seus estudos sobre Conselhos Gestores no âmbito da Educação Permanente em Saúde, asseguram que o aprendizado da democracia pode ocorrer por meio de vivências, nas quais os indivíduos e grupos aprendem a interagir, adquirem autoconfiança e reconhecem o outro e a si mesmos como sujeitos de um processo de negociação e de construção coletiva. Assim, espaços de troca e convivência favorecem o reconhecimento das possibilidades e dos desafios inerentes à participação

social na esfera pública, explorando seu caráter histórico, socialmente construído.

Corroborando com o elucidado acima, Freire e Shor (2008) reforçam que o empoderamento advém das interações sociais que os seres humanos constroem à medida que problematizam a realidade de maneira crítica. É por meio da problematização – situação existencial percebida como um desafio que exige respostas do ser humano, ligadas à ação, à reflexão e à tomada de decisão – que emerge a conscientização que lhes “dá poder” para transformar as relações sociais de dominação, na direção da libertação.

3.2.3 Educação e formação permanente como elemento essencial para ser gente

Freire (2001a) refere-se à **educação** como uma prática da liberdade, uma aproximação crítica com a realidade, por meio do seu conhecimento. A maneira crítica e dinâmica de ver o mundo permite desvelar a realidade, descobrir o que a mitifica e alcançar a plena realização do trabalho humano: a permanente transformação da realidade para a libertação dos homens (FREIRE, 2001a; 2005; 2011a).

A educação problematizadora, segundo Freire, orienta o educador para uma posição onde ele não é o que apenas educa, mas o que, ao passo que educa, é educado, em constante diálogo com o educando. Este, por sua vez, ao ser educado, também, educa (FREIRE, 2005; FREIRE; SHOR, 2008). Com tal perspectiva, acredita-se que a percepção crítica do educando frente à realidade, só é possível se houver conscientização, processo que pode ser fundamentado por meio de uma situação existencial percebida como um desafio e como tal, exige respostas do ser humano, ligadas à ação, à reflexão e à tomada de decisão (FREIRE, 2005).

Freire (2001a) aponta a necessidade de que a educação (libertadora) permita ao ser sujeito, construir-se como pessoa, a transformar o mundo, tendo consciência de seu poder transformador e de seu compromisso com a mudança.

Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissolavelmente à sua ação sobre o mundo se reduz à um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo, do que resulta que esse ser não é

capaz de compromisso. É um ser imerso no mundo, no seu estar, adaptado a ele e sem ter dele consciência (FREIRE, 2011b, p. 19).

É na tomada de consciência de sua temporalidade que o homem compreende-se como ser histórico, criador de cultura – resultado da ação criadora do homem e das suas relações dialógicas, frente aos desafios da natureza (FREIRE, 2001a).

Esse, portanto, é o desafio maior da educação: permitir ao homem ser sujeito, que tome consciência do seu poder transformador, relacionando-se com outros homens. “é preciso, portanto, fazer dessa conscientização o primeiro objetivo da educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação” (FREIRE, 2001a, p. 46).

Ele faz a distinção entre a formação entre animais e a educação dos seres humanos, sendo esta última comparada ao cuidado, ao desvelo e à preocupação, para além do instinto, com que os seres humanos se dedicam aos filhos. Somos seres educáveis, em permanente processo de busca, pois temos a humanidade como vocação (FREIRE, 2007a).

Freire aponta que a relação educador-educando, na escola ou fora dela, não precisa ser narradora ou dissertadora, pois elas implicam um sujeito (narrador) e objetos ouvintes (educandos). É nesta relação – educador e educando – que o autor aponta a necessidade de que o educador respeite os saberes dos educandos e incorpore as suas palavras pelo exemplo, fazendo-os refletir sobre a prática (FREIRE, 2011a).

Nessa direção, cabe ao educador reforçar a capacidade crítica do educando, produzindo condições metodológicas para tanto. Percebe-se assim, o papel do educador de “ensinar a pensar certo”, pois “o professor que pensa certo deixa transparecer aos educandos que uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo e com o mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo” (FREIRE, 2011a, p. 30).

Ainda sobre a relação educador/educando, Freire (2011a) elaborou outras reflexões orientadas para a prática desse diálogo político pedagógico, ancoradas em virtudes éticas, possibilitando a autonomia, na apropriação crítica do conhecimento. Com base no pressuposto de que o saber se constrói por meio da constante superação e, portanto, o saber superado converte-se em ignorância, esclarece que não é possível colocar-se na posição de ser superior, que ensina aos que nada sabem, mas sim, manter-se humilde, comunicando um saber relativo aos que possuem outro saber relativo (FREIRE, 2011b). Em suma, Freire

esclarece que “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens educam-se entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 75). Assim, o educador chama a atenção para a prática docente, fundamentada na rigorosidade metódica, na pesquisa, no respeito aos saberes dos educandos, na criticidade, na ética e na necessidade de aproximação entre teoria e prática. Freire afirma que educar não é transferir conhecimento e, por isso, exige curiosidade, comprometimento, liberdade, diálogo e capacidade de saber escutar (FREIRE, 2011a).

Para Freire (2011a), a permanência da educação é inerente aos seres humanos. A **formação permanente** é assim denominada, na medida que considera o homem como ser inacabado e consciente de seu inacabamento. Ele, portanto, encontra-se em contínua aprendizagem ao viver, igualmente, em uma realidade contraditória, também inacabada. Freire (2007a, p. 22-23) considera que a educação é permanente

[...] na razão de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais”. A educação e a formação permanente se fundem aí. [...] a educação, como formação, como processo de conhecimento, de ensino, de aprendizagem se tornou, ao longo da aventura no mundo dos seres humanos uma conotação de sua natureza, gestando-se na história, como a vocação para a humanização [...] o ser humano jamais para de educar-se.

Em outras palavras, o educador argumentava que não há como ser gente sem estar imbricado em um constante processo educativo, condicionado à imaginação, aos desejos, aos medos; que fazem dos homens seres educáveis, num permanente processo de busca (FREIRE, 2007a).

[...] Gosto de ser gente porque a história em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades, e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse a sua inexorabilidade [...] Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas,

consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele (FREIRE, 2011a).

Com tais pressupostos, Freire (2005; 2007a; 2007b; 2011a; 2011b) comprovou que quando educandos e educadores/professores aprendem juntos, a construção do conhecimento é eficiente, ao contrário dos métodos centrados na autoridade do professor. Assim, seu trabalho para além de um método de alfabetização de adultos, trata-se de uma ampla e profunda compreensão da educação, que nasce de suas preocupações e de sua natureza política, dialógica, crítica, problematizadora, em busca da libertação dos seres humanos, para que se tornem efetivamente sujeitos sociais e agentes de transformação da realidade (FERRAZ, 2011).

É nessa perspectiva, que, no contexto da interlocução entre a prática e o ensino na área da saúde, são refletidas as estratégias de formação permanente dos estudantes/trabalhadores. No âmbito das instâncias gestoras de tais iniciativas, as relações de poder, a distribuição de deveres e direitos entre entidades e sujeitos que ali se encontram, assim como o processo educativo permanente que ali opera, desenvolvem-se na medida da compreensão dos grupos e movimentos sobre a sua realidade. Além disso, não há como presumir a transformação da realidade sem a mudança individual, de cada ser humano, que se constrói no diálogo, na liberdade de expressão e na problematização do dia a dia, construindo a si mesmo, chegando a ser sujeito.

3.2.4 A práxis como disparadora da integração entre o ensino e o serviço em saúde

Sem a prática, a teoria constitui-se em puro “verbalismo”, assim como a prática sem teoria, não passa de “ativismo”. Contudo, quando se reúnem teoria e prática, obtém-se a **práxis** - ação que cria e transforma a realidade (FREIRE, 2011a).

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática (FREIRE, 2011a, p. 40).

A práxis pode ser compreendida como uma atividade concreta, por meio da qual o sujeito afirma-se no mundo, modificando-se e modificando a realidade objetiva, não de modo mecânico e repetitivo, mas reflexivo, remetendo a teoria à prática. Trata-se, portanto, de um aspecto decisivo para a visão emancipatória da educação, na medida da interação dialógica e das mediações estabelecidas com o outro e com a sociedade, em um contexto teórico, formador. Nessa direção, o contexto do puro fazer é substituído pelo contexto de que-fazer, de práxis, ou seja, de prática e de teoria (FREIRE, 2012).

Ao propor ultrapassar a esfera da apreensão da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência, Freire explica de que maneira ocorre a aproximação da teoria com a prática: “A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Essa unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens” (FREIRE, 2001a, p. 30). Para o autor, como discutido anteriormente, não há como o homem não participar ativamente da história, da sociedade e dessa transformação da realidade, se não alcançar a tomada de consciência da realidade e de sua própria capacidade de transformá-la. A conscientização implica práticas reflexivas e emancipatórias por parte dos sujeitos históricos, envolvidos na disputa pelo espaço democrático (FREIRE, 2001a).

Como possibilidade de reflexão e ação sobre o mundo para transformá-lo, a práxis provoca a superação da contradição opressor-oprimidos. O mero reconhecimento de uma realidade, sem a crítica, não conduz à transformação. “A educação se re-faz constantemente na práxis. Para *ser* tem que *estar sendo*” (FREIRE, 2005, p. 80). É, pois, por meio da ação que provoca uma reflexão que o trabalhador, na concepção de Freire, pode perceber a mudança na realidade social em que se encontra. O trabalhador social, portanto, precisa aderir à mudança e humanizar-se e não permanecer neutro frente ao mundo. Assim, aquela que era uma percepção ingênua da realidade, da qual resultava uma postura fatalista cede lugar a uma percepção de maior vulto (FREIRE, 2011a).

São essas prerrogativas que auxiliam a compreender, no âmbito desse estudo, a integração, como o envolvimento recíproco entre uma instituição de ensino (lócus da teoria) e uma instituição de serviço (lócus da prática), na área da saúde, com vistas a planejar e desenvolver atividades articuladas e coerentes à realidade local. Para haver um processo efetivo de integração entre teoria e prática, acredita-se nessa conscientização individual e coletiva, que envolve responsabilidades e direitos, por meio de metodologias de ensino que promovam a

transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, provocando neles a criticidade sobre os temas da saúde. Para tanto, é inevitável a participação efetiva de representantes dos segmentos, envolvidos no processo de ensinar e aprender, a partir de uma atitude de corresponsabilização na construção e desenvolvimento de propostas conjuntas para a formação e o desenvolvimento profissional, nesse caso, da área da saúde.

Nesse estudo, o Comitê Gestor Local e a Comissão Coordenadora do Pró-Saúde de Chapecó são entendidos como promotores de ações de integração ensino-serviço e, portanto, espaços de ação-reflexão-ação. Nos espaços, espera-se o planejamento e desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes à realidade local, de modo ético, democrático, dialógico e participativo.

A integração ensino-serviço precisa estar fundamentada no processo de educação voltado à transformação social, o qual não pode ocorrer sem uma análise das necessidades reais dos sujeitos sociais, no âmbito do seu contexto histórico e social. Freire (2001a, 2001b, 2005, 2007b) defende a educação como uma possibilidade em que educando e educador sejam sujeitos de sua prática, a qual deverão criar e recriar por meio da ação-reflexão-ação sobre o seu cotidiano. Além disso, a integração de ambas – teoria e prática – deve ser permanente e dialógica. Schmidt (2008), refere-se aos espaços de ação e de reflexão no campo da saúde, como dois mundos em transformação, o mundo do trabalho em saúde e mundo da educação em saúde. Quando em intersecção, esses espaços particulares transmutam-se em algo novo, uma espécie de imagem objetivo onde é possível instituir-se o diálogo com outras realidades, originando novos fatos. Para ocorrer a transformação das práticas, os sujeitos envolvidos em cada mundo precisam dialogar entre si e planejar momentos de cogestão, nos quais as propostas de cada mundo sejam apresentadas e juntas criem oportunidades de ensino-aprendizagem que venham ao encontro das expectativas e necessidades da sociedade.

Diante do elucidado acima, o pressuposto assumido para fins dessa investigação, é que tais conceitos e significados, ao serem relacionados à educação/formação na área da saúde, necessitam ser desenvolvidos, ampliados e fortalecidos na dimensão pedagógica e política das instâncias que integram o ensino e o serviço, com vistas à reorientação profissional na saúde.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Se a inspiração não substitui o trabalho, este, por seu lado, não pode substituir, nem forçar o surgimento da intuição, o que a paixão também não pode fazer. Mas o trabalho e a paixão fazem com que surja a intuição, especialmente quando ambos atuam ao mesmo tempo.

Max Weber

As palavras da epígrafe fazem refletir sobre o processo de construção da investigação, cuja qualidade dos resultados depende, sobretudo, de uma metodologia adequada e balizada a partir da paixão pela temática e da intuição que conduz o pesquisador.

Guiando-se nessa direção, Dennen e Haro (2000) utilizam a arte da dança como uma metáfora para explicar a investigação qualitativa, abordagem metodológica que optei após realizar a análise de diferentes possibilidades a serem utilizadas na investigação. Para esses autores, a arte não existe de forma separada da experiência humana e nos instigam a refletir de que maneira os indivíduos relacionam-se entre si e com o mundo, ao traduzir o significado dessa existência. A dança é uma forma de arte interpretativa, assim como a pesquisa qualitativa, cujo desenho metodológico pode ser comparado à coreografia. Os autores apontam que, da mesma forma que a bailarina depende da sua coluna vertebral para desenvolver uma dança, o investigador qualitativo depende do desenho do método para seu estudo. Ambos são elásticos e, assim, como a bailarina encontra seu centro a partir da base da coluna e seu desenvolvimento ocorre na relação desta com seu corpo, o investigador qualitativo encontra seu centro nas decisões que toma quanto ao desenho do método que, se bem estruturado, estimula a pesquisa naturalmente, como uma dança.

Ao assumir tais referenciais, a fim de seguir nessa instigante dança da investigação qualitativa, apresento a seguir os caminhos, que percorri em busca do reconhecimento de diferentes pontos de vista, os quais me permitiram o conhecimento científico necessário à investigação do fenômeno e ofereceram suporte a essa construção.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Ao adotar referenciais da pesquisa qualitativa, adotei o estudo de caso como método de investigação. Para Yin (2010), o estudo de caso é utilizado para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos e onde o fenômeno sob estudo é contemporâneo e se localiza em um contexto da vida real. É uma possibilidade interessante quando se pretende entender em profundidade um “caso”, que pode ser um evento, entidade ou indivíduo. O estudo de caso tem sido realizado sobre programas, decisões e processo de mudança organizacional, permite à investigação ter características de eventos cotidianos, desde que sejam planejados e conduzidos cuidadosamente, utilizando-se de múltiplas fontes de evidência. O estudo de caso está longe de ser apenas uma estratégia exploratória, podendo ser base para explicações e generalizações significativas.

Nesse contexto, considerando as diferentes possibilidades de estudos de caso, Yin (2010) indica quatro desenhos que podem ser utilizados: a) projetos holísticos de caso único; b) projetos incorporados de caso único; c) projetos holísticos de casos múltiplos; e d) projetos incorporados de casos múltiplos.

O estudo de caso único é análogo a um experimento único, está ancorado em cinco fundamentos lógicos: a) caso decisivo, quando propõe testar uma teoria bem formulada; b) caso raro ou extremo, ao se tratar de um caso que, por ser tão raro, valha a pena documentar e analisar; c) caso representativo ou típico, em que o objetivo é capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum ou do dia a dia; d) caso revelador, quando oportuniza observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica; e) caso longitudinal, ao estudar o mesmo caso único em duas ou mais perspectivas diferentes no tempo.

A designação que melhor se enquadra no presente estudo é de “caso único representativo ou típico”. Nessa direção, o objetivo da investigação é captar as circunstâncias e as condições das ocorrências que são peculiares nesse caso (YIN, 2010).

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando, no âmbito de um caso único, direciona-se a atenção para uma subunidade ou para várias subunidades. Estas podem ser selecionadas por meio de técnicas de amostragem ou agrupamentos. Nesse caso, o projeto resultante seria denominado projeto de estudo de caso incorporado (YIN, 2010).

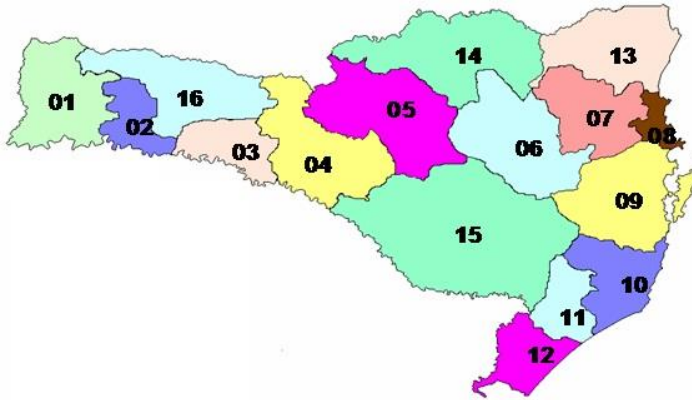
O estudo em questão, por suas características, foi considerado um estudo de caso incorporado, que envolve mais de uma unidade de análise – CGL e CCG do Pró-Saúde – a fim de compreender a contribuição desses fóruns de gestão colegiada para a integração ensino-serviço, no âmbito da parceria entre a instituição formadora Unochapecó, a SESAU e a GERSA/SDR de Chapecó. Algumas descrições sobre o caso estudado encontram-se a seguir.

4.2 O TERRITÓRIO: “CENÁRIO DO CASO”

O território que tornou possível movimentos em consonância com tal compromisso, tem como polo o município de Chapecó, situado na Macrorregião Oeste do Estado de SC, Brasil. Essa Macrorregião (representada pelo nº 2 na Figura 1) é formada por 26 municípios e regida por uma Comissão Intergestores Regional (CIR)²⁹. Atualmente, em SC, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) decidiu pela formação de 16 CIR, abrangendo todas as Macrorregiões de Saúde e conseqüentemente todas as cidades do Estado, atendendo às prerrogativas do Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2008 e a Portaria GM/MS nº 1.996/07 (CIB/SES-SC, 2007a, 2007b, 2009; BRASIL, 2007a). Assim, a distribuição das CIR em 2012 apresenta-se conforme a Figura 1.

O município de Chapecó (Figura 1) é um território no qual estão instaladas várias das principais empresas processadoras e exportadoras de suínos, aves e derivados do Brasil. Chapecó conta com uma área territorial de 625,40 Km², com área de densificação urbana de 113,24 Km² e rural de 512,36 Km² (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2010).

²⁹ As Comissões Intergestores pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde. No âmbito regional, vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, denominam-se Comissões Intergestores Regionais (CIR), devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito Estadual (BRASIL, 2011a).



Macrorregiões de Saúde

- 01 – Extremo Oeste
- 02 – Oeste
- 03 – Alto Uruguai Catarinense
- 04 – Meio Oeste
- 05 – Alto Vale do Rio do Peixe
- 06 – Alto Vale do Itajaí
- 07 – Médio Vale do Itajaí
- 08 – Foz do Rio Itajaí
- 09 – Grande Florianópolis
- 10 – Laguna
- 11 – Carbonífera
- 12 – Extremo Sul Catarinense
- 13 – Nordeste
- 14 – Planalto Norte
- 15 – Serra Catarinense
- 16 – Xanxerê

Figura 3 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde no Estado de Santa Catarina no ano de 2012.



Figura 4 - Município de Chapecó, Macrorregião Oeste do Estado de Santa Catarina.

No que se refere aos aspectos demográficos, o município destaca-se pelo acelerado crescimento populacional e economia crescente. Chapecó localiza-se a uma distância de 630 km da capital Florianópolis, tendo uma área de 625,60km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011 a população estimada do município foi de 186.336 mil habitantes, sendo 91,6% na área urbana. Os menores de cinco anos representam aproximadamente 9,6% da população e os idosos em torno de 8,3% (BRASIL, 2011b). Como na maior parte do país, a urbanização acentuada, a proporção menor de crianças e jovens e a população adulta numerosa são características da transição demográfica no município. Comparando com a média brasileira, evidencia-se uma população mais jovem, realidade que é devida à sua migração da área rural para Chapecó em busca de trabalho e estudo, permanecendo uma concentração maior de idosos em outros municípios da região.

Em relação à infraestrutura educacional, Chapecó conta com mais de 180 estabelecimentos e cerca de 2.200 profissionais nas áreas do ensino fundamental e médio. Acolhe cerca de 14 mil estudantes, distribuídos em mais de 40 cursos de graduação, entre os quais, na área da saúde, os cursos de enfermagem (três cursos), farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina, odontologia, biologia, psicologia (dois cursos), educação física (dois cursos), serviço social, além dos cursos de pós-

graduação *latu e strictu-sensu* em várias áreas do conhecimento. Entre as nove Instituições de Ensino Superior (IES) no município, quatro são universidades:

- Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó;
- Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc;
- Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC;
- Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS.

A Unochapecó, mantida pela Fundação Universitária do Desenvolvimento do Oeste (Fundeste), nasceu de um movimento comunitário que surgiu no início da década de 1970, objetivando a implantação do ensino superior em Chapecó e em outros municípios da região. Seu histórico revela que a IES foi constituída com a finalidade de criar, estimular e difundir valores culturais e conhecimentos científicos voltados à formação cidadã e à integração comunitária. Para alcançar seus objetivos, desenvolve atividades voltadas ao ensino, à pesquisa e à extensão em igualdade de condições para acesso e permanência do estudante, garantindo a liberdade de aprendizado, por meio de gestão democrática como garantia de qualidade e valorização humana (UNOCHAPECÓ, 2012a).

Como instituição pública comunitária, a Unochapecó não tem finalidades lucrativas, sendo mantida pela sociedade civil, e reinveste resultados na própria atividade educacional.

A estrutura acadêmica da universidade está organizada em quatro áreas: Ciências Humanas e Jurídicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Exatas e Ambientais e Ciências da Saúde, cada uma com atribuições de gestão e supervisão acadêmico-administrativa. A Área de Ciências da Saúde da Unochapecó, desde 1999, conta com os cursos de graduação: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Gastronomia, Medicina, Nutrição e Odontologia, além do Mestrado Ciências da Saúde (UNOCHAPECÓ, 2012a).

Na atenção à saúde hospitalar, o município conta com dois hospitais de caráter público: Hospital Regional do Oeste (Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira), com 297 leitos ativados, sendo que destes, 260 são destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município e da região, abrangendo cerca de 89 municípios; Hospital da Criança (Augusta Muller Bonner). Além disso, conta com o Hospital da Unimed, o qual disponibiliza 56 leitos para o atendimento privado dos seus conveniados e parceiros.

A infraestrutura de estabelecimentos de AB, disponibilizados à população de Chapecó, cadastrados no SUS, está organizada a partir de serviços de saúde com foco na Estratégia de Saúde da Família, que compõem a rede básica de saúde, dentre os quais, cumpre destacar: 26 Centros de Saúde da Família, sendo dois considerados Centros Integrados de Saúde da Família. Além disso o município conta com outros serviços: quatro Unidades de Saúde Mental; Centro de Especialidades Odontológicas; Hospital Dia com Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Laboratório Municipal e Laboratório de Águas; seis Farmácias; Ambulatório na Cidade do Idoso³⁰ (atendimento em geriatria); Centro de Referência de Especialidades Municipal (CRESM); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2010).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Chapecó, atendendo a Lei Municipal nº 5.511, de 13 de março de 2009, dispõe que, respeitadas as representações proporcionais dos respectivos segmentos, terá a seguinte composição: três representantes titulares e três suplentes eleitos pelos Sindicatos de Trabalhadores Urbanos e Rurais; seis representantes titulares e seis suplentes eleitos pelos Conselhos ou Associações Comunitárias de Bairro; dois representantes titulares e dois suplentes eleitos pelas organizações, os quais atuam na área da saúde e defendam os direitos dos usuários dos SUS; dois representantes titulares e dois suplentes eleitos pelas Associações de Portadores de Patologias, de Deficiência, Aposentados e ou Pensionistas; um representante titular e um suplente eleitos pelas IES com cursos de graduação na área da saúde e sede no município de Chapecó; sete representantes titulares e sete suplentes eleitos pelas Entidades de Classe ou Conselhos de Profissionais da Saúde; quatro representantes titulares e quatro suplentes do Governo Municipal, eleitos pelo Prefeito Municipal; um representante titular e um suplente do Governo Estadual ou Governo Federal; um representante titular e um suplente, eleitos pelos Hospitais conveniados com o SUS; um representante titular e um suplente, eleitos pelos Prestadores de Serviço Privado Conveniados e/ou contratados pelo SUS (PREFEITURA

³⁰A Cidade do Idoso é um projeto desenvolvido pela Prefeitura de Chapecó, o qual tem ganhado destaque internacional. É realizado através da Fundação de Assistência Social de Chapecó (FASC), que oferece oportunidades de lazer e educação para idosos, como oficina de informática; aulas para séries iniciais; alfabetização; restaurante; sala de cine vídeo; grupo de dança; ginástica e academia de musculação; pilates; coral; atendimento e educação em saúde; caminhada orientada; hidroginástica; jogos de mesa; bocha e eventos festivos.

MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2009). As ações do CMS visam a constituir diretrizes, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a legislação pertinente, tomando-se como base as Leis nº. 8.080/1990 e a Lei n. 8.142/1990 (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ, 2010).

4.2 O CASO: COMITÊ GESTOR LOCAL E COMISSÃO COORDENADORA GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE – DO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ

O caso investigado está ancorado à proposta integrada: Pró-Saúde da Unochapecó, SESAU e GERSA de Chapecó, aprovada nos editais do MS: Pró-Saúde 1 (2005), 2 (2008) e Pró/PET (2011).

No ano de 2005, a Unochapecó, por meio do curso de graduação em enfermagem, em parceria com a Secretaria da Saúde de Chapecó, aprovou um projeto no edital do MS referente ao Pró-Saúde. Em 2008, essa universidade teve aprovada outra proposta, reafirmando sua parceria com a SESAU e incluindo a GERSA de Chapecó, a partir de um segundo edital do Pró-Saúde. A segunda proposta subscreveu à primeira os cursos de: ciências biológicas, educação física, farmácia, psicologia e serviço social, por esses já terem, pelo menos, uma turma de profissionais formados. Foram incluídos ainda, como parceiros nessa nova elaboração, os cursos de: fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e comunicação social/jornalismo. Em 2012, a Unochapecó aprovou, em conjunto com a SESAU e GERSA, a proposta para participação Pró-Saúde articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, vinculando mais acentuadamente as ações aos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) (KLEBA; PIECZKOWSKI, 2011).

Dentre os envolvidos na proposta integrada Pró-saúde, destacam-se professores e estudantes de diferentes cursos da Unochapecó (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Jornalismo, Artes, Pedagogia e Licenciatura Indígena), profissionais e gestores da Secretaria da Saúde, sobretudo ligados à rede da AB, e de outros setores, como a rede municipal de educação, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Ministério Público. Além desses, representantes do CMS e da CIES fazem parte da gestão e acompanham o processo (UNOCHAPECÓ, 2012 b; 2012c; KLEBA; PIECZKOWSKI, 2011).

As três dimensões que constituem o eixo central da proposta da Unochapecó, SESAU e GERSA convergem com os eixos do Pró-Saúde e apresentam diretrizes que têm norteado a formulação e a implantação dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde da IES, garantem a coerência na articulação com os demais cursos envolvidos. São elas: a atenção à saúde, como orientação teórica; o território do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como cenário de práticas; a problematização, como orientação pedagógica (TOMBINI, 2010; KLEBA; COMERLATTO; COLLISELLI, 2007).

Convém destacar que o PET-Saúde foi outra estratégia de articulação ensino-serviço, cujos projetos foram construídos e desenvolvidos nessa parceria, a partir do ano de 2009, que tem aproximado mais ainda as instituições – universidade e serviços de saúde – com vistas ao alcance dos objetivos do Programa e consolidação da integração ensino-serviço (BRASIL, 2008; 2010; KLEBA; PIECZKOWSKI, 2011).

O Pró-Saúde, desenvolvido no município de Chapecó, conta com um **Comitê Gestor Local (CGL)**, que junto com uma **Comissão Coordenadora Geral (CCG)**, têm como finalidade acompanhar o processo de execução do Programa, a partir do conhecimento dos projetos locais, da formulação de possibilidades de interação, da interlocução com seus representantes, da apresentação de sugestões para o aperfeiçoamento da proposta, promovendo o fortalecimento da parceria entre a universidade e o serviço e prestando contas às instituições e a comunidade (UNOCHAPECÓ, 2012b; 2012c). Com tais propósitos, essas estruturas reúnem sujeitos, representantes dos quatro segmentos da formação - ensino/formação, atenção/assistência, gestão e controle social - em assembleias mensais na Unochapecó, configurando espaços de planejamento e acompanhamento, com vistas ao desenvolvimento da proposta como um todo. Tratam-se de momentos para relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde. Com essa perspectiva, as instâncias intersetoriais configuram-se como estruturas que contam com a participação do “Quadrilátero da Formação”, organização a qual, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) propõe-se a operar mudanças, negociar e pactuar processos, convocar protagonismos e compreender a disposição interativa e móvel de indivíduos e/ou instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

Os fóruns gestores situam-se, no caso investigado, em relação à sua determinação no processo de integração ensino-serviço que se

desenvolve a partir das ações de reorientação da formação profissional em saúde, sobretudo, o Pró-Saúde de Chapecó.

Cumprir destacar que essas estruturas intersetoriais não estavam, efetivamente, previstas no arcabouço teórico que compôs o Caderno 1 do Pro-Saúde (BRASIL, 2007f), tampouco em seus primeiros editais. Contudo, desde 2006 foi instituído, no âmbito da proposta integrada da Uochapecó e parceiros, o Comitê Gestor (com representantes dos quatro segmentos) e, em 2008, após a portaria 3.019/2007, que instituiu as Comissões em âmbito nacional, a Comissão Coordenadora do Pró Saúde (com representantes do ensino e do serviço).

O Comitê Gestor Local do Pró-Saúde (Quadro 7) conta com membros representantes dos segmentos ensino, gestão, controle social e atenção, e comporta, atualmente: representantes da coordenação local, representantes do corpo gestor da IES, representantes do corpo docente, representantes da SESA, representantes do CMS, representantes do corpo discente – Diretório Central dos Estudantes (DCE) e estudantes representantes da Liga da Saúde da Família³¹ –, representantes da CIES, representantes da GERSA e profissionais de saúde representantes do PET-Saúde, totalizando 16 integrantes titulares. Ele tem como objetivo acompanhar o processo de execução do projeto e ser canal de interlocução com seus representantes, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012b).

³¹ A Liga da Saúde da Família é uma entidade acadêmica que compartilha os mesmos objetivos do centro acadêmico, ou seja, a pesquisa, o ensino e, neste caso, a assistência à saúde da família. As Ligas são compostas por estudantes e profissionais da área tema da Liga, e contam com certa autonomia em relação à universidade. Sua gestão cabe aos acadêmicos, auxiliados pelos profissionais (geralmente médicos).

Quadro 7 - Configuração do Comitê Gestor Local do Pró-Saúde, segundo segmento, instituição e posição que ocupa junto à instância.

Segmento que representa	Função junto ao segmento que representa	Instituição que representa	Posição junto ao CGL
Ensino	Coordenador local	Unochapecó	titular
	Coordenador local	Unochapecó	suplente
	Gestor	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Discente	Unochapecó/DCE	titular
	Discente	Unochapecó /DCE	titular
	Discente	Unochapecó/Liga da Saúde da Família	titular
	Discente	Unochapecó/Liga da Saúde da Família	suplente
Gestão	Gestor	SESAU	titular
	Gestor	SESAU	suplente
	Gestor	CIES	titular
	Gestor	CIES	suplente
	Gestor	GERSA	titular
	Gestor	GERSA	titular
Controle Social	Profissional	CMS	titular
	Profissional	CMS	titular
	Profissional	CMS	suplente
	Profissional	CMS	suplente
Atenção/Serviço	Profissional/preceptor	PET-Saúde	titular

A Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde (Quadro 8) conta com membros representantes dos segmentos ensino e gestão, comporta, atualmente: representantes da coordenação local, representantes do corpo gestor da IES, representantes dos cursos envolvidos, representantes da SESAU de Chapecó, representantes da CIES e da GERSA, com 23 integrantes titulares. A Comissão tem como propósito realizar a mediação e a articulação no diálogo com os pares, orientando/esclarecendo os autores dos projetos e demais envolvidos, motivando-os a engajar-se no processo e acompanhando a execução das atividades (UNOCHAPECÓ, 2012c).

Quadro 8 - Configuração da Comissão Coordenadora do Pró-Saúde, segundo segmento, instituição e posição que ocupa junto à instância.

Segmento que representa	Função junto ao segmento que representa	Instituição que representa	Posição junto à CCG
Ensino	Coordenador local	Unochapecó	titular
	Coordenador local	Unochapecó	titular
	Gestor	Unochapecó/Área	titular
	Gestor	Unochapecó/Pesquisa	titular
	Gestor	Unochapecó/Ensino	titular
	Gestor	Unochapecó/Extensão	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
	Docente	Unochapecó	titular
Atenção/ Serviço	Gestor	SESAU	titular
	Gestor	SESAU	suplente
	Gestor	SESAU	titular
	Gestor	SESAU	suplente
	Gestor	SESAU	titular
	Gestor	SESAU	suplente
	Gestor	SESAU	suplente
	Gestor	GERSA	titular
	Gestor	GERSA	suplente
	Gestor	CIES	titular

Além dos membros representantes da IES, que têm como função a coordenação das instâncias, participam de ambas as estruturas a representante da coordenação, dois representantes do corpo docente, um representante da Gerência Regional de Saúde, como titulares, e ainda, um representante da CIES, ocupando a posição de titular junto à Comissão e suplente junto ao Comitê.

4.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida com os segmentos: **gestão, atenção, controle social e ensino**, que compõem o “quadrilátero da formação do SUS” e estão envolvidos nos mecanismos de integração ensino-serviço do Comitê Gestor Local e da Comissão Coordenadora do Pró-Saúde.

Os participantes atenderam ao critério de inclusão: ter feito parte dos espaços/instâncias intersetoriais relacionados às ações do Pró-saúde, em um dos quatro segmentos (gestão, atenção, controle social e ensino), no período de 2006 a 2012.

Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com o critério, anteriormente citado, e/ou que estavam aposentados ou afastados (licença médica, entre outros) no período da produção das informações da investigação.

A identificação dos sujeitos que participavam, na ocasião da produção e registro das informações, dos dois fóruns, indicou 25 sujeitos, os quais participavam dos momentos de observação das reuniões. Destes, 11 foram entrevistados. O número de participantes atendeu ao critério de saturação dos dados.

O quadro 9 apresenta os participantes entrevistados que compuseram o estudo, segundo segmento que representam, codinome, função junto ao segmento que representam, sexo e formação.

Quadro 9 – Membros entrevistados das instâncias de gestão, segundo codinome, sexo e formação.

Segmento que representa	Codinome	Instância Intersetorial	Sexo	Formação
Ensino	Guimar	CGL e CCG	fem	Enfermagem
	Iracema	CGL	fem	Estudante
	Aurélia	CGL e CCG	fem	Serviço Social
	Heathcliff	CGL e CCG	masc	Educação física
Gestão	Capitu	CCG	fem	Enfermagem
	Bibiana	CGL	fem	Fisioterapia
	Anna Karenina	CCG	fem	Psicologia
	Riobaldo	CCG	masc	Odontologia
	Alice	CGL	fem	Enfermagem
Controle Social	Mr. Darcy	CGL	masc	Administração
	Emma	CGL	fem	Psicologia
Atenção/Serviço				

REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

As investigações qualitativas trabalham com descrições detalhadas de situações, a fim de compreender o comportamento dos indivíduos em seu habitat natural. Seu sucesso depende, portanto, da intuição e da sensibilidade do pesquisador (ADUE *et al.*, 2008).

Nos estudos qualitativos, tarefas de amostragem, produção, registro, análise e interpretação dos dados, via de regra, ocorrem de modo interativo. O investigador inicia pela conversa ou observação das pessoas que experienciam o fenômeno estudado. As discussões e observações permitem que os participantes expressem suas crenças, comportamentos e sentimentos (POLIT; BECK, 2011).

As técnicas de produção das informações para um estudo de caso podem ser agrupadas em seis fontes distintas, a saber: a) utilização de documentos; b) registros em arquivo, c) entrevistas; d) observação direta; e) observação participante; e f) artefatos físicos (YIN, 2010). O uso de múltiplas fontes de evidência possibilita a triangulação dos dados e

permite ao investigador abordar uma maior variação de aspectos históricos e comportamentais relacionados ao mesmo fenômeno. Nesse estudo, optei pelas seguintes fontes, segundo Yin (2010):

- *Entrevistas Focadas:*

Uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso é a entrevista (YIN, 2010, p. 133). As entrevistas configuram-se como conversas guiadas e não investigações estruturadas. Na entrevista focada, o sujeito é entrevistado durante um curto período de tempo (média de uma hora – 60 minutos), assumindo uma maneira conversacional, podendo ser guiadas por questões, previamente estabelecidas.

Nesse caso, o processo ocorreu, inicialmente, como a autorização das entidades envolvidas. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos, intencionalmente. Os diálogos aconteceram nas dependências da Unochapecó, mediante agendamento prévio com os sujeitos e consentimento livre e esclarecido dos mesmos. As entrevistas com os sujeitos do quadrilátero que integra o CGL e a CCG do Pró-Saúde foram guiadas por um protocolo para entrevistas (**Apêndice C**), com dados de identificação e questões centrais que nortearam a condução das mesmas. O tempo de duração das entrevistas foi, em média, de 60 minutos. No ato da entrevista, as explicações foram gravadas para serem, posteriormente, transcritas, também com o consentimento dos sujeitos. Isso possibilitou criar uma base de dados do estudo de caso, como maneira de organizar/documentar as informações obtidas. Tal método de organização aumenta a confiabilidade do estudo, pois permite “que outros investigadores revisem a evidência diretamente, não ficando limitados aos relatórios escritos dos estudos de caso” (YIN, 2010, p. 146).

As entrevistas ocorreram entre os meses de janeiro e abril de 2013, e foram importantes para cumprir todos os objetivos do estudo. Foram entrevistados 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três membros da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos. Os participantes do estudo foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias, a saber: **Guiomar** (A Mão e a Luva/Machado de Assis); **Iracema** (Iracema/José de Alencar); **Aurélia** (Senhora/José de Alencar); **Heathcliff** (O Morro dos Ventos Uivantes/Emily Bronte); **Capitu** (Dom Casmurro/Machado de Assis); **Bibiana** (O Tempo e o Vento/Érico Veríssimo); **Anna Karenina** (Anna Karenina/Liev Tolstói); **Riobaldo** (Grande Sertão Veredas/Graciliano Ramos); **Alice** (Alice no

País das Maravilhas/Lewis Carroll); **Mr. Darcy** (Orgulho e Preconceito/Jane Austin); e **Emma** (Madame Bovary/Gustave Flaubert); seguidos pela letra do segmento que representam: G (Gestão), E (Ensino), CS (Controle Social) e A (Atenção).

- *Documentação:*

A informação documental é relevante para o estudo de caso, e pode tomar várias formas, inclusive disponíveis por meio de buscas na internet (YIN, 2010). Nesse caso, foram utilizadas fontes como: documentos de nomeação dos membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; atas das reuniões das instâncias; projetos das ações estruturantes de reorientação da formação em saúde (Pró e PET-Saúde); relatórios das ações desenvolvidas; e publicações (trabalhos em eventos, artigos); tendo como propósito compreender e caracterizar as instâncias.

Para ter acesso à documentação, após consentimento das entidades envolvidas, consulte a secretaria do Pró-Saúde da Unochapecó. Os trabalhos e artigos foram encontrados via internet.

- *Observação direta:*

O estudo de caso deve ocorrer no ambiente natural do caso, criando a oportunidade para observações diretas. A evidência observacional é útil para proporcionar informações adicionais sobre o tópico estudado (YIN, 2010).

A observação, neste estudo, foi direcionada aos encontros do CGL e da CCG do Pró-Saúde. Ocorreu na sala de reuniões da Área de Ciências da Saúde da Unochapecó, local em que se desenvolvem as assembleias mensais das instâncias de gestão do Pró-Saúde. A forma de apresentação da investigação proposta para os participantes das instâncias foi idêntica, em ambas as instâncias: entreguei o resumo (**Apêndice D**) e apresentei o projeto na forma oral aos participantes das reuniões. Na sequência, abri para esclarecimentos de dúvidas.

Particpei de seis reuniões das duas estruturas – quatro do CGL e duas da CCG – entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013. As reuniões tinham duração média de 3 horas. Cumpre destacar que, pela dinâmica e número de participantes presentes (média de 12) não houve necessidade de mais de um observador.

Para esse estudo, utilizei para registro e organização dos dados, o instrumento **Diário de Campo (Apêndice E)**, contendo: Notas de

Observação Descritivas (NOD), quanto aos aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Reflexivas (NOR), quanto aos processos de diálogo, de participação, de conflitos e outras, impressões pessoais, expressões, conversas informais e condições em que ocorriam os encontros.

Yin (2010), ainda propõe manter o encadeamento de evidências, possibilitando a confiabilidade da informação, pois permite que o leitor do estudo de caso/observador externo seja capaz “de traçar os passos em qualquer direção (das conclusões às questões iniciais de pesquisa ou das questões às conclusões)” (YIN, 2010, p.150). Para atender a tal princípio, essa tese está estruturada de maneira a apresentar, da maneira mais sequencial e apropriada possível, todas as etapas de desenvolvimento do estudo, desde a pergunta de pesquisa; passando por partes relevantes do banco de dados, por exemplo, trechos das entrevistas ou observações específicas; até as conclusões do Estudo de Caso.

4.5 PROPOSTA PARA ANÁLISE

As informações foram analisadas com base na proposta operativa para “análise de dados qualitativos” apresentada por Minayo (2013), seguindo os momentos:

- *Pré-análise:*

Inicialmente, estruturei a pré-análise do material bruto, a partir de uma leitura flutuante do conjunto de comunicações, oriundas das entrevistas transcritas e dos diários que continham os registros das observações realizadas. O texto foi lido mais de uma vez e, posteriormente, disposto em forma de planilha, constituindo um corpus. Selecionei e organizei os dados de maneira a responder algumas normas de validade, como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência, num exercício de destaque das falas, constituindo uma pré-codificação, a qual denominei de “primeira codificação”. Para esse momento, foi necessário tomar contato exaustivo com o material deixando-me impregnar por seu conteúdo, lendo e relendo o texto, inúmeras vezes, conforme exemplo do quadro 10.

Quadro 10 - Processo de categorização das informações do estudo – “Primeira codificação”.

ENTREVISTA	1ª CODIFICAÇÃO
<p><i>Emma:</i> Então, vamos ver o que sai disso...</p> <p><i>Pesquisadora:</i> Bem, então, minha primeira pergunta pra ti, que representa o Comitê Gestor, como representante da gestão...</p> <p><i>Emma:</i> ...como representante dos profissionais...</p> <p><i>Pesquisadora:</i> Ah, então é esse o segmento que tu representa.</p> <p><i>Emma:</i> É, na verdade eu demorei muito para perceber isso. Acho que isso é um dado bem importante.</p> <p><i>Pesquisadora:</i> Quem te convidou pra fazer parte do Comitê?</p> <p><i>Emma:</i> Eu não sei como é que eu entrei! Eu não sei! Acho que me convidaram e eu fui! Então eu acho que talvez tenha havido um pensamento, ou uma... Vamos convidar tal pessoa... eu não sei se, como é que ficou do outro lado da... da instituição. Eu sei que... eu acho que eu estava no Pet naquela época e aí me convidaram. Talvez eu tenha entendido na época que era uma atribuição... foi assim: eu não entendi! Eu demorei muitos meses para processar um pouco do que seria. Tanto que hoje eu acho que eu entendo um pouco mais. Houve um momento (acho que eu já vou falando...) em uma das reuniões que eu perguntei qual que era a minha função ali? Por que eu estava ali? E eu acho que esse é bem interessante porque é bem o processo da construção do pensamento. Então, quer dizer, de alguma maneira, eu não sabendo, quando eu perguntei foi quando eu passei a me sentir pertencendo! A minha sensação, o meu entendimento disso é que, enquanto eu estava ali, eu fui fazendo um movimento, eu não tinha clareza... É que eu acho assim, talvez uma coisa que precise mais... porque eu entrei em uma reunião que estava</p>	<p>É, na verdade eu demorei muito para perceber isso. Acho que isso é um dado bem importante.</p> <p>Tanto que hoje eu acho que eu entendo um pouco mais. Houve um momento (acho que eu já vou falando...) em uma das reuniões que eu perguntei qual que era a minha função ali? Por que eu estava ali? E eu acho que esse é bem interessante porque é bem o processo da construção do pensamento. Então, quer dizer, de alguma maneira, eu não sabendo, quando eu perguntei foi quando eu passei a me sentir pertencendo!</p> <p>eu acho que tem que haver um</p>

acontecendo e eu passei a participar, eu acho que tem que haver um contrato verbal, tem que haver um esclarecimento: olha, tu está aqui por causa disso, o nosso objetivo é esse, eu acho que isso é fundamental. Toda a relação de grupo pressupõe um vínculo e esse vínculo tem que estar claro, esse objetivo tem que estar claro. [...]	contrato verbal, tem que haver um esclarecimento: olha, tu está aqui por causa disso, o nosso objetivo é esse, eu acho que isso é fundamental. Toda a relação de grupo pressupõe um vínculo e esse vínculo tem que estar claro, esse objetivo tem que estar claro.
---	--

- *Exploração do material:*

Nesta etapa, iniciei o processo de categorização do material, a qual, por meio dos dados brutos, busca alcançar o núcleo da compreensão do texto. Então, os recortes das entrevistas realizadas com os 11 sujeitos foram novamente examinados, linha por linha para, posteriormente, ser feita a categorização efetiva dos dados, em forma de unidades de registro, as quais configuraram-se como frases, podendo ser, em algumas vezes, um estrato do material da primeira codificação. Assim, desenvolvi a classificação e a agregação dos dados, estruturando uma primeira versão das categorias que emergiram das informações (segunda codificação) e que auxiliaram na especificação dos temas, conforme os exemplos que se seguem:

Quadro 11 - Processo de categorização das informações do estudo – “Segunda codificação”.

1ª CODIFICAÇÃO	2ª CODIFICAÇÃO
<p>É, na verdade eu demorei muito para perceber isso. Acho que isso é um dado bem importante.</p> <p>Tanto que hoje eu acho que eu entendo um pouco mais. Houve um momento (acho que eu já vou falando...) em uma das reuniões que eu perguntei qual que era a minha função ali? Por que eu estava ali? E eu acho que esse é bem interessante porque é bem o processo da construção do pensamento. Então,</p>	<p>DEMOREI PARA PERCEBER QUEM EU REPRESENTAVA</p> <p>QUANDO EU PERGUNTEI SOBRE MINHA FUNÇÃO NO COMITÊ EU PASSEI A ME SENTIR PERTENCENTE</p>

<p>quer dizer, de alguma maneira, eu não sabendo, quando eu perguntei foi quando eu passei a me sentir pertencendo!</p> <p>Acho que tem que haver um contrato verbal, tem que haver um esclarecimento: olha, tu está aqui por causa disso, o nosso objetivo é esse, eu acho que isso é fundamental. Toda a relação de grupo pressupõe um vínculo e esse vínculo tem que estar claro, esse objetivo tem que estar claro.</p>	<p>PRECISA HAVER UM CONTRATO VERBAL PARA TORNAR CLARO O VÍNCULO</p>
---	--

Essa primeira versão das categorias foi, posteriormente, aprimorada, originando as categorias finais, distribuídas em cada um dos manuscritos que formam o conjunto dos resultados do estudo, os quais respondem aos objetivos propostos, como no exemplo (Figura 5):

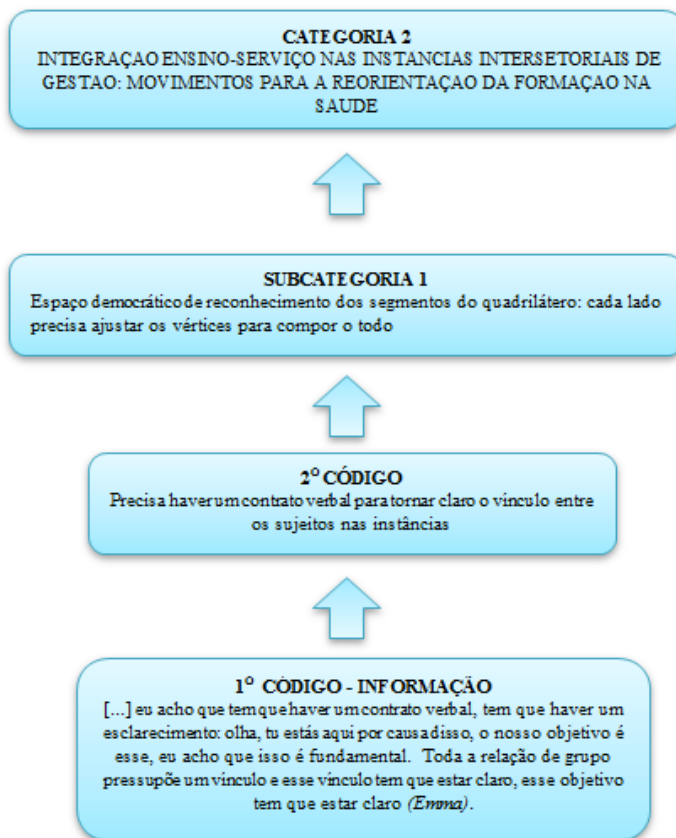


Figura 5 – Diagrama ilustrativo da exploração do material

- *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:*

Neste momento, submeti as informações a uma análise orientada pelo referencial teórico do educador Paulo Freire, possibilitando a expressão de concepções relacionadas às categorias emergentes, buscando elucidar os aspectos latentes, tornando-os mais visíveis. A partir do referencial qualitativo, a presença de determinados temas implicou os modelos de comportamento presentes no discurso.

Durante o estudo minucioso das informações, alguns

questionamentos surgiram e foram fundamentais para o resultado final do processo de análise, como por exemplo: Essa informação refere-se ao estudo? O que representa essa informação em relação ao objeto do estudo? Qual a relação dessa informação com os demais conceitos? Qual categoria pode emergir dessas codificações? As respostas a tais questionamentos contribuíram para o refinamento de uma série de informações, que culminaram em quatro categorias de análise, as quais estão representadas no quadro 12.

Quadro 12 - Categorias e subcategorias do estudo e os conceitos de Freire

Como os fóruns de gestão colegiada do Pro-Saúde contribuem para a integração ensino-serviço no município de Chapecó/SC?

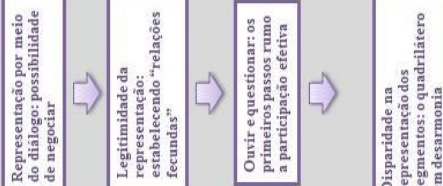
Manuscrito 3: Reorientando a formação e a atenção em saúde: participação e representação nos espaços colegiados
Objetivo: analisar como ocorre a representação e participação dos quatro segmentos (gestão, assistência, ensino e controle social) nos espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde.

Manuscrito 4: Integração ensino-serviço nas instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para reorientação da formação em saúde.
Objetivo: compreender como os fóruns gestores potencializam a integração ensino-serviço.

Manuscrito 5: Integração ensino-serviço: conquistas e desafios no contexto da reorientação da formação em saúde.
Objetivo: descrever como os sujeitos percebem a integração ensino-serviço no âmbito das instâncias de gestão e coordenação do Pro-Saúde.

Manuscrito 6: Pro-Saúde: proposições para a mudança no modelo de atenção e formação de trabalhadores da saúde.
Objetivo: desvelar as contribuições do Pro-Saúde para a mudança nos modelos de atenção e formação de profissionais.

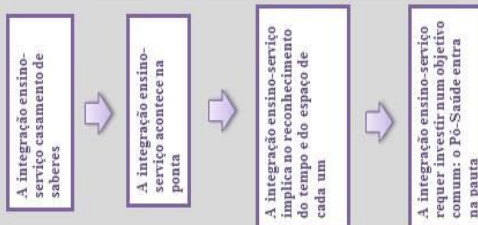
REFERENCIAL TEÓRICO: REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO, DIALOGO, NEGOCIAÇÃO



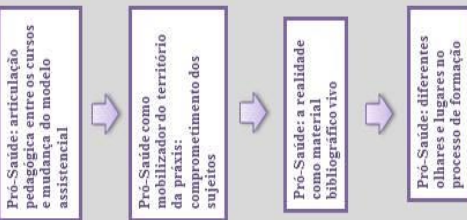
REFERENCIAL TEÓRICO: DEMOCRACIA, DIALOGO, CONFLITO, PRAXIS



REFERENCIAL TEÓRICO: NEGOCIAÇÃO, ALTRIMIDADE, DIFERENTES SABERES



REFERENCIAL TEÓRICO: EDUCAÇÃO, MODOS DE VER O MUNDO, PRAXIS



4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi desenvolvido mediante a permissão das instâncias envolvidas, bem como do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (**Anexo 2**) sob protocolo n^o 242.966/2012, atendendo a todas as normativas da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa, envolvendo seres humanos, a qual explicita em seu preâmbulo que

incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012, s/p).

Antes da coleta dos dados, realizei a apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, possibilitando o esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o mesmo. Desse modo, foi assumida, junto aos sujeitos, que aceitaram participar da investigação, a garantia de que toda a condução da pesquisa obedeceria às questões éticas. Para tanto, entreguei uma cópia resumida do projeto e, também, procedi a entrega e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice F**). Ainda, explicitarei verbalmente que os participantes eram livres para participar ou não da proposta, bem como, para desistir, em qualquer momento do estudo; e que o mesmo não ofereceria nenhum tipo de risco as suas vidas.

Também, assumi o compromisso em relação ao anonimato das identidades e das informações. Os participantes foram consultados quanto ao nome (codinome) que desejavam para identificação de suas falas, no decorrer do relatório e dos produtos finais do estudo.

Em relação às técnicas de produção e registro dos dados qualitativos, requeri a autorização para gravar em áudio algumas reuniões e as entrevistas com os sujeitos que participaram da pesquisa. Para tanto, assegurei aos sujeitos o direito de solicitarem que o gravador fosse desligado quando desejassem que algo não fosse registrado.

Ainda, garanti ao representante das instituições envolvidas, bem como aos participantes da pesquisa, que as informações produzidas serão utilizadas, exclusivamente, para fins da pesquisa. Vale ressaltar que os dados foram arquivados em computadores com senha de acesso e em impressos que ficarão guardados em pastas lacradas no período de cinco

anos, sendo que terão acesso aos mesmos apenas os pesquisadores responsáveis pela investigação.

O trabalho será devolvido aos participantes por meio de apresentação oral no Comitê Gestor Local e na Comissão Coordenadora do Pró-Saúde, e para todos os membros das instâncias, bem como para os demais interessados da Unochapecó, SESAU e GERSA, mediante apresentação à CIR. O documento impresso será entregue às diferentes instâncias. Igualmente, comprometi-me enviar (via e-mail) o relatório final no formato pdf aos respectivos sujeitos da investigação.

Cumprido destacar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos nacionais e internacionais. Ainda, serão publicados artigos em periódicos científicos de circulação nacional e internacional, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno dessa importante temática.

5 RESULTADOS

Conforme exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, por meio da Instrução Normativa 06/PEN/2009, os resultados da pesquisa encontram-se no formato de quatro manuscritos científicos, os quais respondem aos objetivos do presente trabalho. Os manuscritos representam as categorias temáticas do estudo, e passaram pelo processo metodológico de produção, registro e análise de informações, ou seja, são oriundos do estudo do caso das instâncias de gestão local do Pró-Saúde do município de Chapecó, tendo como objeto de estudo a integração ensino-serviço.

5.1 REORIENTANDO A FORMAÇÃO E A ATENÇÃO EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS COLEGIADOS

REORIENTANDO A FORMAÇÃO E A ATENÇÃO EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO NOS ESPAÇOS COLEGIADOS

REORIENTING THE HEALTH TRAINING AND HEALTH CARE: PARTICIPATION AND REPRESENTATION IN THE COLLEGIATE SPACES

REORIENTANDO LA FORMACIÓN Y ATENCIÓN EN LA SALUD: LA PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN EN ESPACIOS COLEGIADOS

RESUMO

Pesquisa qualitativa tipo estudo de caso que propõe analisar como ocorre a representação e participação dos segmentos gestão, atenção, ensino e controle social – quadrilátero da formação – nos espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde. Envolveu representantes desses segmentos que participam das instâncias – Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral – da proposta integrada Pró-Saúde Unochapecó, Secretaria da Saúde e Gerência Regional de Saúde de

Chapecó. A produção e registro das informações ocorreu mediante entrevistas focadas com membros do quadrilátero, observação direta das reuniões das instâncias e leitura documental, de outubro de 2012 a abril de 2013. O tratamento das informações ancorou-se na proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2010). Emergiram as categorias: Representação por meio do diálogo: possibilidade de negociar; Legitimidade da representação: estabelecendo relações fecundas; Ouvir e questionar: os primeiros passos rumo à participação efetiva; Disparidade na representação dos segmentos: o quadrilátero em desarmonia. Nas instâncias colegiadas, é incipiente a participação de alguns segmentos e há divergência quanto à percepção do que seja representação, ora como defesa de interesses do grupo representado, ora como liberdade de expressão. Existem conflitos, mas o diálogo prevalece, ainda que os sujeitos necessitem aprimorar sua capacidade de comunicação.

DESCRITORES: Formação de Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde; Política de Educação Superior; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Qualitative research case study which proposes to analyze how the representation and participation of the managing, attention, teaching and social control segments occurred - four-way approach – in the collegiate spaces of health teaching-service integration. It involved representatives of these segments that participate in the instances- Local Management Committee and General Coordinating Commission – from Pro-Health integrated proposal of Unochapecó, Health Department and Health Regional Managing Department of Chapecó, Santa Catarina. The information production and record occurred through interviews focused on members from the four-way approach, direct observation from instance meetings and documental reading, from October 2012 to April 2013. The information was treated based on Minayo's (2010) operative proposal for the analysis of qualitative data. The following categories emerged: representation through dialogue: possibility to negotiate; Legitimacy of representation: establishing fecund relationships; Listen and question: the first steps towards the effective participation; Disparity in the representation of the segments: the four-way approach in disharmony. In collegiate instances, the participation of some segments is incentive and there is divergence in relation to the perception of what

representation is, one moment as defense of the interests of the represented group, the next as freedom of expression. There are conflicts, but the dialogue prevails, despite the fact that the individuals need to improve their communication ability.

DESCRIPTORS: Human Resources Formation; Unified Health System; Higher Education Policy; Health Management; Primary Health Care.

RESUMEN

Investigación cualitativa estudio de caso que se propone analizar cómo ocurre la representación y participación de los segmentos de gestión, atención, educación y control social – cuadrilátero de la formación - en los espacios colegiados de integración docente-asistencial en salud. Envolvió representantes de los sectores que participan de las entidades - Comité de Gestión Local y Comisión Coordinadora General – de la propuesta integrada Pro-Salud Unochapecó, Departamento de Salud y Gerencia Regional de Salud de Chapecó. La producción y grabación de las informaciones se produjo a través de entrevistas enfocadas con miembros del cuadrilátero, la observación directa de las reuniones de los órganos y de lectura de documentos, desde octubre 2012 hasta abril 2013. Tratamiento de las informaciones anclado en la propuesta operativa para el análisis de los datos cualitativos Minayo (2010). Surgieron categorías: Representación a través del diálogo: posibilidad de negociar; legitimidad de la representación: el establecimiento de relaciones fructíferas; escuchar y preguntar: los primeros pasos hacia una participación efectiva; disparidad en la representación de los segmentos: el cuadrilátero en desarmonía. Por las entidades, es incipiente la participación de algunos segmentos y ha divergencia en la percepción de lo que sea representación, a veces como defensa de interés del grupo representado, a veces la libertad de expresión. Existen conflictos, pero el diálogo prevalece, aunque los sujetos requieren mejorar sus habilidades de comunicación.

DESCRIPTORES: Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Política de Educación Superior; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A participação como exercício de voz e força decisória, em certos níveis de poder, implica o exercício da cidadania e expressa a capacidade humana de decidir, de optar, transcendendo a prática mecanicista na direção de uma posição, criticamente, otimista. A participação desperta no homem a possibilidade de construir a história por meio da responsabilidade social, como sujeito comprometido. A representação, como condição para agir em favor de alguém, opera nessa mesma lógica, pois pressupõe a capacidade dialógica do sujeito, a autonomia e a práxis³², na busca pelo consenso (FREIRE, 2001a; 2007; 2011).

Nesse contexto, as funções gestoras na área da saúde são exercidas entre sujeitos, com diferentes níveis de saber e de poder. Por isso, a gestão precisa estabelecer contratos e compromissos com componentes de uma rede operacional. Esse apoio implica a cogestão, ou seja, na busca de consensos e na composição articulada de projetos, planos e ações, bem como na participação efetiva de todos os sujeitos da rede (CAMPOS *et al.* (2013).

Essa perspectiva organizacional aplica-se às recentes estratégias de articulação interministerial, com vistas à reorientação do ensino na saúde, como é o caso do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (BRASIL, 2007).

Convencido de que o alto investimento em adequação da rede física, tecnológica, de medicamentos e de insumos, descolado do real preparo e envolvimento dos profissionais da saúde com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma estratégia eficiente para consolidar a Política de Saúde do Brasil, o MS aposta nessas parcerias, associadas à abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica (AB) à saúde. O Pró-Saúde tem a integração ensino-serviço como essência, a partir de movimentos de aproximação da

³²A “práxis” é a ação-reflexão-ação, desvelada por Freire (2005; 2006) como possibilidade transformadora da realidade, como fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si e mediatizados pelo mundo. É por meio da práxis que torna-se possível superar a contradição opressor-oprimido.

academia com os serviços públicos de saúde e da fundamentação na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira. O Programa é uma das ações estruturantes de reorientação da formação profissional em saúde, estratégias essenciais para transformar o modelo de aprendizado conteudista e fragmentado e o modelo de atenção à saúde biologicista, ambos absorvidos de características do relatório Flexner³³, e ainda hegemônicos no país (BRASIL, 2007).

Para que seja viável o acompanhamento da implementação do Pró-Saúde como um processo que possa produzir resultados ajustados à realidade de cada Instituição de Ensino Superior (IES), são recomendadas estratégias autoavaliativas. Propõe-se um acompanhamento sistemático dos dados dos cursos envolvidos, em relação ao seu cenário atual e ao nível de cumprimento das metas e objetivos, em consonância com os eixos e vetores³⁴ do Programa. Nessa direção, é proposto o diálogo entre os diversos sujeitos que o integram, na IES, na Secretaria de Saúde e na comunidade. Pretende-se a participação aberta dos gestores, profissionais do serviço, estudantes, representantes do controle social/usuários, entre outros (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde fomenta o contato da rede com a AB e sensibiliza estudantes e docentes quanto à sua importância estratégica para atuar no processo de reorganização do modelo de atenção à saúde (CAMPOS *et al.*, 2010, p. 30). A ideia é que os sujeitos sociais, envolvidos na proposta reconheçam a AB como lócus privilegiado de mudanças, tendo como prioridades o cuidado longitudinal, o vínculo do profissional com o usuário e a abordagem sistêmica do cuidado com as famílias e com a comunidade (BRASIL, 2007).

Em 2005, a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), por meio do curso de graduação em enfermagem, em parceria com a Secretaria da Saúde (SESAU) do município, aprovou um projeto no edital do MS referente ao Pró-Saúde. Em 2008, essa universidade teve aprovada outra proposta, reafirmando sua parceria com

³³ Relatório publicado em 1910, intitulado *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, o qual ficou conhecido como “Relatório Flexner” (Flexner Report). Este relatório influenciou fortemente o modelo assistencial vigente, sendo considerado como o propulsor da mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de 1910, com repercussão na formação dos profissionais médicos e da saúde até os dias atuais (FERTONANI, 2010).

³⁴ O Pró-Saúde conta com três eixos estruturantes: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais possuem, cada um, três vetores específicos com uma “Imagem Objetivo” – situação desejável. Os eixos não possuem uma regra de padronização, mas um exemplo que diz da necessidade de contemplá-los como elementos estruturantes da mudança (BRASIL, 2007; CAMPOS *et al.*, 2010).

a SESAU e incluindo a Gerência Regional de Saúde (GERSA) da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó, a partir de um segundo edital do Pró-Saúde, subscrevendo à primeira proposta os cursos de ciências biológicas, educação física, farmácia, psicologia e serviço social, por esses já terem pelo menos uma turma de profissionais formados. Foram incluídos ainda, como parceiros, na nova elaboração, os cursos de fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e comunicação social – jornalismo. Em 2012, a Unochapecó aprovou, em conjunto com a SESAU e GERSA, a proposta para participação Pró-Saúde articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde³⁵, vinculando às ações aos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), de maneira mais acentuada.

Na proposta integrada da Unochapecó e demais estruturas, as instâncias formais criadas para a operacionalização do projeto e para a condução de suas etapas de autoavaliação (planejamento, coordenação, execução, acompanhamento, análise dos resultados, entre outras) denominam-se: Comissão Coordenadora Geral (CCG) do Pró-Saúde e Comitê Gestor Local (CGL) do Pró-Saúde. Essas instâncias compartilham características de outros conselhos gestores criados por lei, desempenhando autoridade formal sobre normas, planos e orçamento, neste caso, relacionados ao Pró-Saúde.

O estudo teve como objetivo analisar como ocorrem a representação e a participação dos quatro segmentos (gestão, atenção, ensino e controle social) em tais espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde. Nessa perspectiva, serão discutidos alguns aspectos singulares da proposta da Unochapecó e parcerias, tendo em vista os poucos trabalhos que ilustram como ocorre a integração ou indiquem o impacto das iniciativas que permeiam espaços colegiados, criados para articular as instâncias de integração ensino e serviço.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso, método de pesquisa, utilizado para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e em que o fenômeno sob estudo é contemporâneo, localiza-se em um contexto da vida real. O caso é “único”, pois configura-se como típico, ou seja, o objetivo da investigação é “captar as

³⁵ O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (trabalhadores dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum” (YIN, 2010, p. 72).

Das instâncias selecionadas para o estudo de caso participam representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, os quais compõem o “quadrilátero da formação do SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Do Comitê Gestor Local do Pró-Saúde fazem parte representantes dos quatro segmentos, sendo: coordenação local (ensino); representantes do corpo gestor da IES; representantes do corpo docente; representantes da SESAU; representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS); representantes do corpo discente – Diretório Central dos Estudantes (DCE) e estudantes representantes da Liga Acadêmica da Saúde da Família³⁶ –; representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); representantes da GERSA e profissionais de saúde representantes do PET-Saúde (preceptores); totalizando 16 integrantes titulares. Esta instância tem como objetivo acompanhar o processo de execução do Programa e ser canal de interlocução com seus representantes, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012a).

A outra instância, Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde, conta com representantes do corpo gestor da IES; representantes dos cursos envolvidos na proposta – pelo menos um de cada curso –; representantes da SESAU e GERSA de Chapecó e representantes da CIES; com 23 integrantes titulares. A Comissão tem como propósito realizar a mediação e a articulação no diálogo com os pares, orientando/esclarecendo os autores dos projetos e demais envolvidos, motivando-os a se engajarem no processo e acompanhando a execução das atividades (UNOCHAPECÓ, 2012b).

Com tais propósitos, essas estruturas reúnem-se, em assembleias mensais, majoritariamente, na Unochapecó, conformando espaços de planejamento, nos quais os membros podem acompanhar o desenvolvimento da proposta como um todo. Tratam-se de momentos para relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde.

³⁶ A Liga Acadêmica da Saúde da Família é uma entidade acadêmica que compartilha os mesmos objetivos do centro acadêmico, ou seja, a pesquisa, o ensino e, neste caso, a assistência à saúde da família. As Ligas são compostas por estudantes e profissionais da área tema da Liga, e contam com certa autonomia em relação à universidade. Sua gestão cabe aos acadêmicos, auxiliados pelos profissionais (geralmente médicos).

Para produção e registro das informações foram realizadas entrevistas focais (YIN, 2010), observação direta e análise documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

O estudo contou com a participação de 25 sujeitos, identificados como participantes nos fóruns, atualmente, sendo estes os que participavam dos momentos de observação das reuniões. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora, totalizando 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três membros da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos (gestão, atenção, controle social e ensino). Os participantes do estudo foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, quando se observou a caracterização de um determinado padrão nas falas, que expressava a suficiência de informações para o estudo.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter participado de uma das instâncias intersetoriais relacionadas à gestão do Pró-saúde, e um dos quatro segmentos, no período 2006 a 2012 e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com os critérios, anteriormente, citados e que estavam aposentados ou afastados (licença médica, entre outras) no período da produção das informações da investigação. Os participantes são do sexo feminino, em sua maioria, oriundos de diferentes áreas de formação em saúde e com tempo médio de participação nas instâncias de dois anos e meio.

Realizaram-se, ainda, seis momentos de observação de reuniões do Comitê Gestor e da Comissão Coordenadora, devidamente registradas em Diário de Campo. Esse instrumento de observação pré elaborado, continha Notas de Observação Descritivas (NOD), quanto aos aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Reflexivas (NOR), quanto aos processos de diálogo, participação, conflitos e outras observações do entrevistador.

Finalmente, foram utilizadas fontes documentais como: documentos de nomeação dos membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; atas das reuniões das instâncias; projetos das ações estruturantes de reorientação da formação em saúde (Pró e PET-Saúde); relatórios das ações desenvolvidas; publicações (trabalhos em eventos, artigos, livros); entre outros; tendo como propósito compreender a dinâmica das

instâncias.

Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” (Minayo, 2013), a saber: *Pré-análise*: estruturada a partir da leitura exaustiva do conjunto das comunicações obtidas por meio das entrevistas e observações; *Exploração do material*: operação de codificação das informações brutas, a fim de alcançar o núcleo da compreensão do texto; *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram das informações, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A análise teve como suporte o referencial teórico do educador e cientista social Paulo Freire.

Ressalta-se, entre os aspectos éticos, considerados para realização deste estudo, a aquisição de permissão das instâncias envolvidas, bem como do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012). Após apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, as falas de cada um dos entrevistados foram identificadas por codinomes de escolha da pesquisadora.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desse estudo demonstram que, embora haja algumas variações, a primeira informação relevante é a convergência de entendimentos e descrições sobre a representação e participação dos quatro segmentos nos espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde.

Representar pressupõe participar e, nesse sentido, Freire (2007), compreende a participação como exercício de ter voz, de ingerir, enquanto direito de cidadania, numa relação direta e necessária com a prática educativa-progressista. Ele relaciona o nível de participação com a democratização das estruturas sociais, possível mediante as relações dialógicas entre os sujeitos e o alcance do “inérito viável” - algo que não é claramente conhecido e vivido, mas que quando percebido por aqueles que pensam utopicamente, deixa de ser um sonho e pode tornar-se realidade (ZITKODKI, 2008).

Nessa perspectiva, a instância intersetorial “coloca na roda” quatro segmentos – gestão, atenção, ensino e controle social. A interação entre eles é apresentada a partir do ideário do “Quadrilátero da

Formação”, definido por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) como uma proposta de organizar a educação por meio da

ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente).

Parte-se do pressuposto que um espaço colegiado requer horizontalidade, cuja representação e participação constituem a base do processo, que se deseja democrático. Para tanto, a compreensão dos participantes sobre o sentido de sua representação e a qualidade de sua participação são alicerces desse processo.

Do discurso dos participantes desse estudo, emergiram as seguintes categorias relacionadas ao propósito: **Representação por meio do diálogo: possibilidade de negociar; Legitimidade da representação: estabelecendo “relações fecundas”; Ouvir e questionar: os primeiros passos rumo a participação efetiva; Disparidade na representação dos segmentos: o quadrilátero em desarmonia.**

Representação por meio do diálogo: possibilidade de negociar

O diálogo ocorre na comunicação entre os sujeitos, a partir de um encontro, que se realiza na práxis, na ação com reflexão, e que se fundamenta no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005). Isso pressupõe que os sujeitos estejam desarmados, abertos a outras possibilidades, que as disputas de poder não prevaleçam no espaço de discussão.

Os quatro segmentos representados nas instâncias de gestão do Pró-Saúde: gestão, atenção, ensino e controle social, concordam que os diálogos, estabelecidos durante as reuniões, possibilitam refletir sobre o processo de reorientação da formação. Faz parte dessa reflexão entender os diferentes pontos de vista dos sujeitos envolvidos, permitindo a troca e a negociação. De outro lado, eles também revelam que existem dificuldades relacionadas à comunicação entre os sujeitos.

“Eu vejo como um espaço importante de diálogo [...] possibilidade de cada um poder expor as suas dificuldades, as suas impressões sobre o processo, sempre tentando melhorar a proposta [...]” (Guiomar - E).

“[...] ter a possibilidade de sentar com as pessoas e conversar, olhando olho no olho, é uma interação mais efetiva, mais carregada de significado, não fica uma coisa tão distante. As pessoas têm oportunidade de expressar-se não só pelas palavras, mas aí tem toda a comunicação não verbal [...]” (Capitu - G).

“[...] espaço de discussão, de troca, de encaminhamentos [...] tendo esses diversos fatores envolvidos e junto com esses, os diversos olhares, para encaminhar o Pró-saúde” (Anna Karenina - G).

Para as representantes da gestão e do ensino, as reuniões oportunizam a exposição de impressões e dificuldades, mediante diferentes olhares, por meio do diálogo, que se expressa na comunicação verbal e não verbal, e de uma interação carregada de significados. Esses aspectos são observados também, durante as reuniões das instâncias, de acordo com notas de observação:

“A respeito dos movimentos de diálogo, estabelecidos durante as reuniões das Instâncias de gestão do Pró-Saúde, eles ocorrem de maneira ordenada, tranquila e suscitam novas ideias, períodos de estudo e reflexões sobre as ações estruturantes interministeriais e o movimento de reorientação da formação, além das percepções de cada segmento representado sobre o processo” (NOR - pesquisadora).

Corroborando com a abordagem do educador Paulo Freire, o fato de cada sujeito fazer uso da palavra possibilita que se estabeleça uma relação dialógica, o que não ocorre em um contexto em que apenas um interlocutor pronuncia-se. É a partir de uma relação amorosa e, ao mesmo tempo, respeitosa, que se constitui a interação, permitindo aos sujeitos sociais complementarem-se, não necessariamente com as mesmas ideias e posições, mas enriquecendo o diálogo por meio da diversidade de pensamentos, sentimentos, sonhos e trajetórias que os caracterizam (FREIRE, 2005).

Para Carboni e Maestri (2012), a linguagem verbal constitui um momento necessário do processo de tomada de consciência, frente aos fenômenos materiais e imateriais. Sendo assim, diante dos fatos, a

consciência elabora-se por meio da linguagem. Ao refletir sobre as funções da comunicação, temos que ela indica a qualidade da participação dos sujeitos, ou seja, no ato de comunicar-se são emitidos sinais sobre os papéis tomados e impostos, além de desejos, atitudes, expectativas e sentimentos (BORDENAVE, 2006).

Ainda na ótica dos representantes do segmento ensino, a participação dos estudantes junto às instâncias do Pró-Saúde permite a troca de informações e conhecimento entre as diferentes profissões, o que favorece a reorientação da formação. Isso fica claro na expressão da professora, seguida pela da estudante:

“Eu tenho acompanhado o trabalho dos estudantes aqui dentro do espaço de gestão do Pró-Saúde. E tem sido legal participar de reuniões com eles e, às vezes, eles dizem: eu não sabia que a enfermagem tinha esse olhar, por exemplo, pra mim enfermagem era outra coisa [...]”. (Aurélia - E)

“[...] a gente fala sobre as coisas que acontecem na prática, como na última reunião, que foi falado sobre os conselhos de saúde, a gente dá nossa opinião”. (Iracema - E)

A representante do segmento ensino supõe, ainda, que os sujeitos que representam os demais segmentos, durante as reuniões, parecem ter dificuldades de interpretação, relacionadas às diferentes linguagens profissionais que são utilizadas. Isso também ocorre nas interações do dia a dia, numa metodologia – que se pretende – interdisciplinar, no âmbito da IES. A dificuldade acontece, segundo ela, porque as pessoas estão impregnadas por concepções que são próprias da sua profissão, o que também bloqueia a comunicação e o diálogo:

“[...] As pessoas não entendem o que tu estás falando, porque vêm carregado de um [...] conjunto de concepções e ideias que são da própria profissão. Eu acho que a gente precisaria de um glossário para poder dialogar, aprofundar melhor esse diálogo, de algumas coisas que, às vezes, tu achas que comunicaste e não comunicaste” (Aurélia - E).

Nesse sentido, vale lembrar a concepção freireana, ao considerar que, em uma relação dialógica entre os diferentes, não significa que seja preciso negá-los, ao contrário, é possível compreendê-los, desde que se tenha em conta que se está lidando com diferentes e não com antagonicos

(FREIRE, 2005; SOUZA, 2010). O mais importante nesse processo é que se chegue ao consenso, como

[...] uma troca de opiniões e informações entre os participantes de uma ação, voltada para o entendimento, diferentemente da ação estratégica, voltada para o sucesso e para fins. O entendimento não pode ser induzido esternamente: precisa ser aceito pelos próprios participantes (NETO, 2012, p. 167).

Na argumentação de Kleba, *et al.* (2010), o diálogo não implica a negação das disputas de interesse ou poder dos sujeitos, significa antes, reconhecer diferentes papéis, saberes e valores, que não devem ser classificados como posições antagônicas, mas sim, contribuir para relações construtivas entre os distintos sujeitos sociais. O exercício do diálogo, portanto, constitui-se como desafio para os sujeitos, na qualidade de interlocutores das entidades que representam.

Em semelhante contexto, são abordadas as relações de poder ali desencadeadas, ressaltando o status da universidade como espaço do *saber* e o do serviço como espaço do *fazer*, na interação entre as entidades. A representante da atenção, nessa perspectiva, reforça que o poder está relacionado com a compreensão do processo, que dá voz ao sujeito. Esse ideário estabelece a participação como condição *sine qua non* para o poder (DEMO, 2009). Ela ainda sinaliza que o diálogo precisa ocorrer também nas bases, no âmbito das entidades representadas:

“[...] sabes: entre o saber e a prática, o poder do saber e o poder da prática? Acho que são relações de poder; [...] parece que eu tenho espaço para falar, mas eu não sou escutada! Eu tenho a impressão de que eu não colabo, embora eu fale, entende? Eu não acrescento. Porque aquilo já está definido [...] esse diálogo tem que vir para as bases, como se diz, entende? Que possa chegar à compreensão de cada setor que está ali, de cada instituição [...]” (Emma - A).

Por tal direção, Freire (2009) afirma que a escuta, assim como a fala, é uma condição para a comunicação dialógica entre sujeitos sociais com diferentes opiniões e que, portanto, há momentos em que a disciplina do silêncio deve ser assumida com rigor. Nessas relações dialógicas, o interlocutor que tem o que dizer precisa motivar e desafiar aquele que escuta. O autoritário comporta-se como proprietário da verdade e se

apossa, inclusive do tempo, para discorrer sobre ela. Já o democrático é aquele que aprende a falar escutando e “é cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, *silencioso*, e não *silenciado*, fala” (FREIRE, 2009, p.115).

A representante do segmento controle social percebe que exerce a representação de maneira limitada, pois há uma série de “desencontros” relacionados à linguagem e à diversidade de projetos apresentados e discutidos nos encontros. Sua dificuldade reside, sobretudo, ao repassar as discussões que ocorrem nas instâncias para os representados, nesse caso, membros do CMS. Considera ainda, que a representação precisa ser mais participativa, o que significa, para ela, expor melhor os fatos junto aos pares.

“[...] até aquela linguagem que é usada para passar isso para eles, ela fica muito técnica, não fica uma coisa mais objetiva [...] Talvez eles tenham alguma dificuldade de entendimento. Então, quando é apresentado algum projeto, às vezes eu questiono algumas coisas nesse sentido. Mas, eu poderia ser muito mais participativa [...] questionando mais coisas e, talvez, no próprio Conselho, intervir mais no momento dessas situações” (Alice - CS).

Merece destaque o entendimento, quase consensual, da representação como apropriação de uma pauta que será “repassada” aos segmentos representados. Na sequência, a entrevistada assegura que é preciso tempo para compreender o processo de reorientação da formação, a ponto de sentir-se hábil para compartilhar com o segmento representado. Por essa razão, a descontinuidade da representação, também, configura-se como uma fragilidade no processo:

“[...] nem todas as pessoas conseguem estar presentes; às vezes, alguém desiste e entra alguém na metade do trabalho. Então, já quebra um pouquinho aquele segmento [...]. Então, eu acho que cabe a quem está representando insistir, explicar, colocar bem direitinho o que é, como vai ser, para ter a adesão do serviço também, porque ele só vai aderir cem por cento se tiver o entendimento da importância do que aquilo vai ser (Alice - CS).

Esses achados ancoram-se nas considerações de Ceccim e Feuerwerker (2004), para os quais a reorientação somente repercutirá na atenção quando todas as instâncias estiverem comprometidas. O ideário da “roda”, a ser caracterizada para a gestão colegiada, tem uma natureza

política e crítico-reflexiva, ou seja, os executores das ações devem ser cada instituição integrante da roda, numa articulação que não é meramente um arranjo gerencial, mas que opera processos dialógicos e pedagógicos de ordenamento da rede de atenção. A roda deve, para alimentar sucessivas trocas, mediar aprendizagens recíprocas e criar possibilidades à realidade, (re) criando-a e (re) inventando-a.

A cogestão, para Campos *et al.* (2013), implica a negociação, mediação de conflitos e reconhecimento de poderes e, nessa direção, as contribuições dessa categoria auxiliam na compreensão da representação fundamentada, sobretudo em elementos como o diálogo e o consenso. É uma concepção segundo a qual os indivíduos, que são nomeados para agir no interesse de grupos, precisam de tempo para se apropriarem do processo e necessitam desenvolver habilidades de comunicação para se relacionarem com os demais e para negociarem.

Portanto, os sujeitos participantes devem representar (no sentido de agir em favor de) os segmentos gestão, atenção, ensino e controle social, para que eles tenham voz, sobretudo, dando vazão à expressão da diversidade, com vistas ao debate e à tomada de decisões. Com essa interpretação sobre o movimento que ali se processa, Abers e Keck (2008) sinalizam que é preciso atentar para não deixar escapar a dimensão da criatividade, congelando as relações na homogeneidade de posições, sem dar vazão ao livre movimento dos indivíduos, mediante seus diferentes pontos de vista.

Legitimidade da representação: estabelecendo “relações fecundas”

A participação implica o comprometimento. Com esse raciocínio, Paulo Freire (2009) aponta a necessidade de transformação social, no sentido de criar uma identidade entre os cidadãos, para que se reconheçam como parte da sociedade, preocupem-se com as questões que são públicas e não apenas com questões individuais. Tomando por base o papel da participação efetiva no exercício da representação, quanto à maneira de exercer a representação, houve, novamente, certa homogeneidade nas respostas: o conjunto dos entrevistados considera o diálogo e a participação como ferramentas para efetivá-la e ressalta a necessidade de reportar-se aos representados, embora isso nem sempre seja tarefa simples.

A representante do segmento gestão conta que se sente como “porta voz” dos sujeitos representados. Na sua experiência junto às instâncias do Pró-Saúde, em alguns momentos, precisou voltar aos seus pares, antes de emitir uma resposta ou opinião, pois as posições

assumidas nesse tipo de estrutura não pertencem ao sujeito que representa, e sim, ao grupo do segmento representado:

“[...] você vai falar pelo segmento onde estão inseridos os profissionais de saúde, os usuários, que vêm em busca dos serviços, onde têm também as pressões políticas, enfim, têm ‘N’ situações que interferem. Então, quando você fala, a sua fala tem que representar isso e trazer isso para a mesa. [...] em muitos momentos nós éramos porta-vozes. [...] Se nós tínhamos a informação, nós estávamos empoderados para poder discutir, argumentar, falar. Se nós não tínhamos [...] pedíamos aquilo como ponto de pauta para ser discutido na próxima reunião, para que não ficasse assim: é a posição do fulano, a posição do beltrano! Tem que ser a representatividade efetiva da instituição” (Capitu - G).

Representar, para a gestora, significa defender os interesses do coletivo, o que nem sempre é compreendido pelos participantes da instância. Contudo, afirma que é preciso defender ideias e argumentar quando não há concordância com algo:

“Quando você representa uma determinada instituição, você está representando alguns interesses do coletivo e isso nem sempre é bem compreendido. [...] Se você põe uma ideia, você precisa defendê-la, precisa justificar. Se você não concorda com uma ideia, também você precisa argumentar o porquê não. Então, isso nem sempre é algo muito tranquilo [...]” (Capitu - G).

Esses achados apontam para a maneira de legitimar a representação, encontrada pelos sujeitos sociais que “agem para” os representados. O estudo de Abers e Keck (2008) problematiza a dinâmica de algumas instâncias colegiadas em relação aos laços recíprocos, supostamente mantidos entre os membros representantes e os grupos representados, sinalizando que a legitimidade dependeria de uma relação de delegação e retorno entre ambos, na qual o representante deve ser capaz de reconstruir o raciocínio dos representados, defendendo-o de maneira eficaz. Convém destacar, também, a menção aos conflitos que podem ser desencadeados no caso de uma representação “mal feita”, em que não houve consenso entre representantes e representados.

Nessa perspectiva, representar pressupõe ter liberdade, não ter receio de expor o que lhe foi confiado. Esses aspectos ficam claros na fala a seguir:

“As pessoas são tímidas, elas se limitam muito a responder àquilo que está ali, às vezes não sei se é por receio de expor um pouco o seu serviço. Eu acho que se você está representando alguém, primeiro é porque as pessoas confiaram em você para representar, então, isso, também, dá liberdade” (Alice - CS).

Essa parece ser uma noção mais ativa e dinâmica de representação. Ao significar ao ato de representar uma conotação de confiança e liberdade, os representados contribuem com um processo mais democrático e criativo (ABERS; KECK, 2008). Vale lembrar que o conceito de democracia, nesse estudo, está associado à ideia de participação dos cidadãos, decidindo, executando e, em última análise, transformando a realidade. Assim, não há prática que não esteja submetida a certos limites, ou seja, a prática pode ser considerada social, ainda que tenha uma dimensão individual, pois ocorre num contexto espaço-temporal e não somente nas cabeças de cada indivíduo (FREIRE, 2007).

De outro lado, em diversas falas é apontada a necessidade e, também, a dificuldade de realizar consulta prévia aos pares representados. Desse modo, para os sujeitos, muitas vezes, fica difícil manifestar uma posição coletiva e esta acaba sendo pessoal ou mesmo, algumas situações impossibilitam expressar opinião. Para o representante do segmento controle social não há tempo, entre a convocação e a reunião, para discutir o tema de pauta com os pares.

“[...] no Conselho [Municipal] de Saúde [...] a gente não tem espaço e também não tem um fórum. Por exemplo: vai ter a reunião do Comitê Gestor, vem a convocação, a secretária do Conselho repassa, mas a gente ainda não sentou, entre o Conselho, pra discutir o assunto” (Mr. Darcy - CS).

Esse mesmo sujeito – que é um administrador ativo em instituição prestadora de serviços na área da saúde – menciona que não consegue pautar a discussão junto ao segmento representado, que sente falta de uma representação mais atuante. Ele observa que acaba exercendo uma representação focada nas questões, que fazem parte do seu cotidiano laboral, ou seja, voltada às demandas do seu processo de trabalho e na relação que mantém com o Pró-Saúde, ao invés de defender os reais interesses do usuário:

“[...] não consegui pautar essa discussão no conselho [Municipal de Saúde], enfim, uma série de coisas da dinâmica do Conselho. [...] Talvez, se dentro do Conselho Municipal de Saúde tivesse um espaço para fazer essa discussão sobre o projeto [Pró-Saúde], facilitaria” (Mr. Darcy - CS).

Outro segmento que reconhece sua representação como inadequada, em semelhante contextualização, foi o ensino, por meio da sua representante, ao argumentar a fragilidade de compreensão entre os seus pares acerca do processo de reorientação:

“A minha representação, eu diria que ainda fica a desejar, de representar mesmo o pensamento do curso, porque acho que há uma certa fragilidade na compreensão de muitos professores do curso, em relação ao que é [o Pró-Saúde]” (Aurélia - E).

Para alguns integrantes do ensino, a representação desse segmento ocorre mediante outros diálogos, estabelecidos entre os pares, durante as discussões dos Planos de Ensino e dos PPC, ou então, por meio da troca de informações entre o grupo representado, como ilustram as falas a seguir:

“Eu acho que essa comunicação da gente ocorre na discussão dos Planos de Ensino, dos PPCs [...]. Tem o grupo só do ensino³⁷, que é importante também e isso, nós fomos observando aos poucos, essa necessidade de estruturar esse grupo dentro da universidade” (Guiomar - E).

Esses parecem ser os grandes desafios para exercer a representação: apropriar-se do processo e compartilhar com os pares e ainda, encontrar nos pares sujeitos que tenham real interesse no processo. A representante do ensino considera que garantir espaços de discussão junto aos seus pares é difícil, pois envolve investimento em carga horária e tempo.

“[...] no conselho de serviço social, a gente tem tentado garantir algumas reuniões para essas discussões, ou nas reuniões que não são

³⁷ O “grupo só do ensino”, trata-se de uma iniciativa da IES, a fim de discutir o Pró-Saúde no âmbito institucional, estudando currículos e planos de ensino, a partir do arcabouço teórico e propositivo da proposta.

específicas pra isso: trazer informes sobre e tentar envolver outros professores. [...] Mas, eu diria que é muito complicado, difícil. Acho que requer um investimento muito forte, assim no sentido de carga horária, de disponibilidade de um trabalho” (Aurélia - E).

Ainda, o desafio da representação está relacionado às tentativas de diálogos internos – no âmbito das instâncias representadas –, tendo em vista a sobrecarga de trabalho:

“Por várias vezes a gente já tinha agendado reuniões internas [...], quinzenais ou semanais, que começavam bem [...] no primeiro mês já começava a se diluir e acabava [...] Ou você fazia o teu serviço, ou o Pró-Saúde” (Riobaldo - G).

“[...], levo para todos os acadêmicos do curso o que está sendo elaborado em nível de Pró-Saúde na Unochapecó e na Secretaria de Saúde e no município de Chapecó, esse talvez seja o papel mais difícil de exercer”(Heathcliff - E).

Outra questão apontada diz respeito ao modo como são escolhidos/designados os representantes de cada segmento. Isso aparece no discurso da representante do segmento atenção, ao considerar que não exerce sua representação de fato e que se sente desconfortável perante os colegas mediante a sua escolha para integrante do Comitê Gestor. Para ela, isso poderia gerar futuros conflitos internos.

“[...] como é que eu faço esse repasse? Olha, além de não fazer, eu acho que eu vivi uma coisa assim: ‘Por que tu?’ E isso eu acho que tem um outro peso institucional [...] Eu acho que pareceu que eu tinha ocupado um espaço [...] aí já entram as relações internas”(Emma - A).

Essa fala reforça a possível necessidade de um espaço interno de diálogo, em nível de cada instituição ou segmento representado, a fim de esclarecer a proposta.

Ao tomarmos a relação entre representantes e representados no contexto das falas dos sujeitos desse estudo, é possível perceber que se confundem duas interpretações: uma, quase unânime, em que representar pressupõe defender interesses do grupo representado e outra em que é preciso haver liberdade para o representante expor suas ideias, pois o grupo representado deposita-lhe confiança. Na primeira, pode-se considerar um agir em nome dos ausentes, tendo que lhes prestar contas,

sem considerar a individualidade de cada sujeito e as relações que se estabelecem naquele espaço; na segunda, leva-se em conta a liberdade de expressão e a dimensão da criatividade individual de cada sujeito. Essa última, além de fomentar a participação e a democratização, a partir das relações dialógicas entre os sujeitos em busca do “inérito viável” (ZITKODKI, 2008), também é percebida por Abers e Keck (2008) como um processo de “interação inovadora” entre sujeitos com diferentes pontos de vista, que se confrontam e que fazem esses espaços dialógicos estarem em constante movimento. Os movimentos podem implicar uma combustão criativa, que produz inovação de ideias, de formas diversas, ou seja, são “relações fecundas”, originárias de elementos que não são fruto do pensamento de um ou de outro, mas sim, inovadoras.

Ouvir e questionar: os primeiros passos rumo à participação efetiva

A democracia só é possível mediante a prática da participação, mediada pelo direito de falar, de realizar o seu discurso crítico. Assim, a participação apresenta-se como atividade essencial para a construção de uma sociedade mais justa, como exercício de voz, de decisão e de poder, como direito de expressão da cidadania, no momento em que os sujeitos que a realizam são coerentes com o seu discurso (FREIRE, 2007; 2009).

Nesse ponto, já é possível constatar que a contradição, observada nos discursos, ocorre à medida em que a participação em si, constitui um ganho democrático, pois favorece a conquista, cria consciência crítica e favorece a capacidade de tomar decisões e de adquirir poder - ou “empoderar-se” – e, nesse sentido, participar significa atuar diretamente (BORDENAVE, 1994; FREIRE, 2007; DEMO, 2009). Contudo, o formato institucionalizado da participação nos espaços colegiados é representativo. Trata-se de um espaço de representação das entidades, no qual nem sempre se configura uma arena de exercício pleno da democracia (TEIXEIRA, *et al.*, 2009).

Para a representante da gestão, apesar das provocações e enfrentamentos que ocorrem durante as reuniões, nem todos participam efetivamente, sobretudo, as pessoas novas no processo, as quais tendem a permanecer em silêncio:

“Alguns se manifestam mais, em alguns momentos, outros menos, dependendo do assunto que está sendo tratado, e às vezes, também, as pessoas novas, quando ingressam, tendem a ficar mais em silêncio, então a gente fala, provoca [...] aí as pessoas se manifestam, mas não são todos que participam em todas as reuniões” (Capitu - G).

Esses aspectos são reforçados nos diálogos durante as reuniões das instâncias e sugerem que é preciso tempo para apropriar-se do movimento que ocorre naquele espaço, conforme observado:

“Quem chega atrasado ou vem pela primeira vez, não se manifesta. Nem todos os sujeitos parecem envolvidos no processo. Em momentos de avaliação, as pessoas, que estão há menos tempo, consideram que deveriam participar e se apropriar mais do processo, e precisam de tempo para isso” (NOR - pesquisadora).

Para o representante do segmento ensino, o processo de participação na instância de gestão do Pró-Saúde vem sendo desvelado. Ele refere que o que sustenta a participação é estar ao lado do outro, ouvi-lo, planejar e executar juntos. Essa interação revela uma abertura entre os sujeitos, no intuito de que cada um exponha sua compreensão. Sinaliza, ainda, que o exercício da participação, muitas vezes, ocorre no silêncio. De outro lado, também percebe que, em certos momentos, durante as reuniões, quando alguém se cala, fica difícil identificar se essa pessoa está compreendendo:

“[...] esse é o grande pilar: sentar ao lado do outro, ouvir o outro, planejar e executar ações junto com o outro [...] e esse exercício da participação é [...], muitas vezes, o silêncio, a não pauta. [...] E, às vezes, tem-se alguma dúvida, a pergunta retrai mais ainda as pessoas e faz com que elas não expressem realmente sua ideia. Então, são várias formas, maneiras que a gente vem descobrindo, desvendando, tentando organizar de forma diferente, pra que proporcione cada vez mais a participação das pessoas” (Heathcliff - E).

Coerente com essa noção de participação, já discutiu-se, a partir de Freire (2009), a importância da escuta e da fala como elementos essenciais à comunicação dialógica entre sujeitos diferentes; bem como a importância de motivar e desafiar o interlocutor que só escuta.

No discurso dos sujeitos, são sinalizados outros aspectos sobre como ocorre a participação durante as reuniões, reforçando que se trata de um processo dinâmico e que ocorre a longo prazo:

“[...] muitas vezes essa questão da participação é muito deixada de lado, simplesmente ela recebe aquela carga de informações, então, ali nós nos deparamos com diferentes momentos: alguns representantes têm

[...] várias outras atribuições, não vêm na reunião, estão preocupados com outras questões [...]; outro momento vêm cheios de energia, querendo discutir um projeto [...] então traz várias informações, traz novos olhares para que a gente promova a discussão e debate no aprimoramento dos projetos. [...] É um processo a curto, médio e longo prazo”(Heathcliff - E).

Esses achados revelam um ideário de participação, no qual é proporcional ao envolvimento do sujeito no processo, ou seja, faz-se necessário que os participantes assumam a atitude de seres históricos. No discurso de Freire (2011), o homem precisa ser capaz de distanciar-se do seu contexto, para então admirá-lo, com o intuito de transformá-lo e saber-se transformado pela sua própria criação. Kleba (2005), sinaliza que nos espaços de participação política, o sujeito social não é apenas um “portador” de direitos e de deveres. A autora considera a participação cidadã, não como a simples busca do poder, mas como o sentimento de pertencimento aos processos histórico-sociais e o desejo de contribuir para o desenvolvimento político e social, de forma responsável. “Ao assumirem a condição de cidadãos, os seres humanos trocam seu papel de público pelo papel de ator, de sujeito, de parceiro, engajando-se nas discussões fundamentais para suas vidas” (KLEBA, 2005, p. 200).

Nos processos democráticos, a participação depende da comunicação adequada, tanto nos pequenos grupos, quanto nas massas, e torna-se mais efetiva quando as pessoas conhecem a sua realidade, refletem sobre ela e passam a entender os novos significados das palavras. Nesse caso, a participação pode assumir uma intenção transformadora, com vistas à modificação de estruturas sociais. A participação, para Bordenave (1994, p. 74), “é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Parece que *só se aprende a participar, participando*”.

A representante do controle social reforça essa perspectiva, ao referir que poderia ser mais participativa nos movimentos que ocorrem nas instâncias colegiadas. Aponta que isso seria possível por meio de mais questionamentos e intervenções:

“[...] questionando mais coisas e talvez no próprio Conselho, talvez, intervir mais no momento dessas situações”(Alice - CS).

Durante os encontros, na voz da atenção, existem muitas escutas que não são feitas em função de diretrizes pré-estabelecidas pela universidade e que impedem a participação efetiva. Esse aspecto é

reforçado pelo controle social, quando aponta que aquele espaço parece estar mais apropriado pela universidade e pelo serviço, que não se reconhece como parte do processo. Nessa mesma perspectiva, a representante da gestão sinaliza que, num primeiro momento, existe uma impressão de que as reuniões não são objetivas, são extensas e atrapalham o serviço:

“Os outros que estavam ali, os estudantes, mesmo eu, do controle social, a gente não tinha uma interação maior para fazer as discussões. Nas reuniões, em que eu fui, ficou caracterizado como um espaço entre a SESAU e a Unochapecó [...] dos outros que estavam lá [na reunião da instância] também não tinha essa intervenção, então, não sei como é essa participação. E a pouca participação também vem do fato de a gente não se perceber como alguém que estaria interferindo nesse processo [...]” (Mr. Darcy - CS).

“[...] a primeira impressão que dá, é de uma tarde toda lá na Uno, daí a gente diz assim, um comentário nosso: ah, o pessoal da Uno pensa que a gente não tem o que fazer. Ficar a tarde inteira discutindo uma coisa que poderia ser bem mais simples, podia ser resolvido em menos tempo, mas a gente fica cozinhando muito, filosofando [...]” (Bibiana - G).

Estudos sobre conselhos colegiados revelam a predominância de discussões marcadas por momentos de conflito, o que justificaria a reorganização do tempo para diálogo, de modo que os sujeitos possam aprimorar sua capacidade de comunicação (LANDERDHA, *et al.*, 2010; KLEBA, *et al.*, 2010). O estudo de Kleba *et al.* (2010), sugere que a prática dos representantes encontra barreiras na capacidade de ouvir o outro e ser ouvido com interesse, pois em geral, estão mais preocupados com que suas propostas e seus argumentos fossem acatados e o debate fosse “vencido”.

Nesse ponto, também, fica claro que os entendimentos divergem novamente, observa-se uma conotação de concessão que destoa dos discursos anteriores. Assim, emergem alguns questionamentos relacionados ao papel de cada um dos quatro segmentos que se fazem representar no quadrilátero da formação, no âmbito da instância de gestão do Pró-Saúde. Como já foi mencionado, observar-se-á na sequência de algumas falas, “a participação é assegurada pelas representações” e “representar significa defender interesses do coletivo”, ou ainda, “representar pressupõe liberdade de expressão”, então de que interesses

estamos falando? O que o Pró-Saúde representa para cada um dos segmentos? Por que a universidade seria a detentora das diretrizes do Programa? O que e por que algo não é falado?

Essas indagações sugerem que o objeto de interesse daquele quadrilátero, a filosofia do Projeto Pró-Saúde, ainda não foi suficientemente compreendida por todos os sujeitos, assim como a importância daquelas instâncias como espaços de integração entre o ensino e o serviço ou entre os quatro segmentos, como é o caso do Comitê Gestor. São questionamentos que demandam outras investigações, contudo, chama atenção, para fins desse estudo, o entendimento de que o controle social, entre os quatro segmentos representados, é o menos presente.

Disparidade na representação dos segmentos: o quadrilátero em desarmonia

Estudiosos da área da gestão e formação em saúde, há tempos ponderam que não há motivos para manter a hierarquia organizacional da racionalidade gerencial hegemônica. A gestão colegiada assume um compromisso com a mudança ao suprimir o ideário de níveis de gerenciamento, rompendo com a lógica dos processos centralizados, trazendo à reflexão o potencial de mobilização das estruturas colegiadas e a descentralização, como possibilidade de construção da cidadania. Nessa direção, a *Práxis e Formação Paideia*³⁸, por exemplo, sua utilização como apoio institucional e cogestão, traz ao debate a postura interativa, por meio de processos metodológicos que visam à reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Para os autores, as funções de gestão são exercidas entre sujeitos com distintos graus de saber e de poder, sendo a Práxis Paideia uma maneira interativa de reconhecer as diferenças de papéis, de poder e de conhecimento, para além do simples estabelecimento de relações construtivas entre os diferentes sujeitos sociais (MENDES, 1996; CECCIM E FEUERWERKER, 2004; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Com essa mesma estrutura, os Círculos de Cultura são apresentados por Freire (2005) como uma unidade de aprendizagem

³⁸ A estratégia pedagógica principal da *Formação Paideia* é a prática reflexiva, com vistas à aproximação com a gênese e multiplicidade dos efeitos dos fatos sociais. É uma prática de sociabilidade democrática e também uma metodologia para a formação de pessoas, objetivando a capacidade de análise e intervenção sobre as relações sociais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

centrada na igualdade de participações livres e autônomas. O sujeito-cidadão, por meio do diálogo, interage, relaciona-se com outros seres humanos, tendo a capacidade de refletir, ensinar e aprender, fortalecer e ser fortalecido e decidir pelo bem-estar pessoal e coletivo, no contexto de suas vivências e experiências.

Como estrutura organizacional equivalente, no “quadrilátero da formação” coexistem aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados. Da harmonia desse quadrilátero dependerá a qualidade da formação, a qual resulta da atenção a critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional e para o ordenamento da rede de atenção. “Cada face [do quadrilátero] comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 47-48).

Quanto à representação dos quatro lados dessa figura, que ilustra tal estrutura de gestão, é possível perceber que ela é prejudicada pela ausência de alguns segmentos e, na opinião dos sujeitos, isso tem a ver com o tempo e a capacidade de apropriação do processo, e da compreensão dos papéis de cada um:

“Na verdade você não percebe a participação efetiva de todos os segmentos. Começa por aí, [...] sempre está faltando alguém. Existe uma dificuldade de reunir todos, a comissão toda”(Anna Karenina - G).

“[...] essa mobilização social é difícil de você conseguir, depende muito de cada pessoa sentir-se parte do processo e perceber a importância da sua contribuição. [...] É um desafio!”(Capitu - G).

“[...] e que não trocasse tanto, porque até a pessoa ter a essência e tal. Eu que estou há um ano, agora que estou com uma percepção melhor e consigo falar mais [...]”(Alice - CS).

Assim, a participação no processo pode estar assegurada pelas representações dos segmentos ensino – representado pelos docentes e estudantes – e gestão – representado por coordenadores setoriais – que sempre estão presentes nas discussões, ou seja, são os que se fazem representar, portanto, participam do processo:

“[...] nós tínhamos a questão da participação assegurada pelas representações. Então, o que a gente percebia: que sempre a

Unochapecó estava presente e sempre a Secretaria estava presente. As outras instituições nem sempre, às vezes por dificuldade, de troca de profissionais ou por não entendimento da proposta, enfim, a gente tinha um pouco mais de dificuldade de trazer essas pessoas para a roda” (Capitu - G).

Chama atenção ainda, a ausência do Secretário da Saúde nas reuniões das instâncias, sendo este representado por outros gestores do serviço. Isso fica claro, também, ao observar-se as reuniões, das quais tomou-se nota da fala de alguns presentes, mesmo quando se menciona a dificuldade de “convencer” o gestor sobre a importância da integração ensino-serviço. A representante do ensino sinaliza a importância da presença e participação dos gestores nesse processo quando aponta a experiência da universidade mediante a direção da instituição:

“[...] a diretora de ensino da universidade aproximou-se mais do Pró-Saúde e conseguiu compreender a dinâmica, conseguiu entender o mecanismo, então a universidade também abriu um pouco o olhar para as situações apontadas pelos serviços, eu diria, acho que a gente avançou nisso [...] houve uma sensibilização maior da universidade em relação a isso e acho que também há um dispositivo do serviço de pensar assim: tenho contribuições importantes! Então, é importante flexibilizar algumas exigências! Acho que, no conjunto, tem-se procurado sanar algumas dificuldades que existiam [...]” (Aurélia - E).

“Os tempos necessários ao entendimento da proposta são diferentes. O excesso de demandas do Pró-Saúde atrapalha. É preciso jogo de cintura para convencer o gestor sobre a importância dessa articulação” (NOD – representante do segmento gestão).

A participação dos gestores no processo de reorientação da formação, tanto no componente atenção, quanto no componente ensino, figura-se na articulação política de sujeitos, que representam dirigentes dos docentes, do movimento estudantil, do setor saúde e do controle social. Seu envolvimento e, sobretudo, sensibilização com o processo é fundamental para a efetivação das propostas.

Esses achados confirmam que a apropriação do processo implica a participação efetiva (FREIRE, 2007; 2009) e que, no caso estudado, são os representantes do segmento ensino e gestão os mais envolvidos com o movimento de reorientação da formação, em detrimento, sobretudo, do controle social. Vale destacar, contudo, que nesses dois lados do

quadrilátero: ensino e gestão, os sujeitos representantes são, em maior proporção no ensino, o docente, e na gestão os coordenadores setoriais da SESAU ou da GERSA. Sendo assim, desponta a reflexão sobre o real sentido da presença dos demais setores no quadrilátero, pois quando se diz que o controle social precisa estar representado, o que se pressupõe é a presença/opinião do usuário e não do membro do CMS, o qual é profissional de saúde, mas que, junto a esse órgão, representa o usuário do serviço de saúde, como no caso em estudo.

O usuário que faz uso do serviço (e nesse sentido todos o fazem), para dar sentido a representação, não deveria pertencer a um dos outros lados do quadrilátero. Em tese, qualquer representante de qualquer um dos vértices do quadrilátero poderia ser duplo representante, o que todavia, para garantir e respeitar o princípio doutrinário da lei (BRASIL, 1990), deveria ser evitado. O que se percebe, portanto, nas instâncias de gestão dos processos de educação, é que a participação do controle social é pouco frequente e que, quando ocorre, nem sempre o representante é o usuário (no sentido desejado) do serviço, mas outro membro do CMS (muito frequentemente, profissionais, prestadores ou representante da gestão do ensino ou do serviço). A maciça presença de representantes do controle social que são trabalhadores e gestores, torna frágil a defesa dos usuários e fortalece a defesa dos interesses da gestão e dos trabalhadores. As falas a seguir ilustram essa questão:

“[...] a participação social não é efetiva ainda; as pessoas vêm porque a gente convida. [...] A conselheira que representava era uma pessoa, que também era da gestão, que também era profissional de saúde, [...] pela dificuldade de trazer os usuários para dentro da roda”(Capitu - G).

“O usuário, tem sido frágil à participação. [...] Em alguns momentos, a gente teve isso mais forte, acho que hoje isso está mais fragilizado, e o trabalhador eu acho que tem sido um pouco frágil, talvez mais gestão do que trabalhador. A [representante da atenção], que eu acho que representa o segmento do trabalhador no comitê gestor [...] tem trazido um pouco dessa reflexão, de uma forma mais legal. [...] Eu acho que ainda fica muito forte a gestão” (Aurélia - E).

Esses aspectos são reforçados nos diálogos durante as reuniões das instâncias, conforme notas de observação:

“Os sujeitos participantes do Comitê Gestor discutem e são unânimes quanto à necessidade da participação do controle social, representado por usuários do SUS, e também de estudantes, como representantes do segmento ensino, nas reuniões” (NOR - Pesquisadora)

Em relação ao segmento ensino, a incipiente participação de estudantes nas estruturas colegiadas também aponta para tal disparidade:

“[...] os representantes vão mudando e têm aqueles que se envolvem mais. Hoje um problema que acho que é bem importante é a pouca participação do controle social e dos estudantes [...]” (Guiomar - E).

Outra questão a ser problematizada, tem a ver com o poder atribuído à universidade no processo e à importância diminuída dos demais, que comparecem para “mostrar” que estão presentes:

“[...] as pessoas faltam, eu vejo as pessoas dizendo: eu não podia vir, eu falei tantas [...]. Como se tivessem que mostrar para a universidade, ou porque são representantes das instituições, então elas tem que estar lá [...]” (Emma - A).

Assim, ocorre que os dois segmentos mais ausentes e que são os sujeitos considerados pela proposta do Pró-Saúde são: os usuários, como “beneficiários” finais das melhorias da atenção; e os estudantes, foco principal de todo o processo de ensino-aprendizagem, sobre e com os quais se deve fazer a mudança. No entanto, os usuários foram sinalizados com maior ênfase pelos participantes.

O grande diferencial das instâncias colegiadas, como discutido, seria constituir-se em espaço de “relações fecundas”, aprendizado e democracia, exercitando a formulação de consensos, considerando um interesse coletivo, muito embora esse interesse não seja, necessariamente, o de uma maioria presente ou ali representada (ABERS; KECK, 2008; KLEBA et al., 2010).

As entrevistas e observações realizadas fazem perceber que ainda existe um déficit de compreensão da proposta do MS e que isso dificulta a participação, sobretudo dos segmentos que não são atuantes nas atividades práticas do Pró-Saúde, ainda que sejam também beneficiados e corresponsáveis por elas, como é o caso do controle social. Outro motivo para esse afastamento pode residir na questão abordada pelos

participantes do estudo, de que o sujeito que representa esse segmento nem sempre defende os interesses do usuário.

A disparidade na representação dos segmentos participantes das instâncias de gestão do Pró-Saúde sobretudo o Comitê Gestor, no qual deveriam estar representados os quatro vértices do quadrilátero, assim como os ajustes dentro de cada um desses vértices, fazem supor que tal figura não se configura como tal, pois, ora faltam elementos para encaixar os vértices, ora percebe-se a intervenção de outros elementos que evidenciam dificuldades de garantir uma participação mais efetiva de todos os segmentos implicados com os processos de formação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação e a participação dos quatro segmentos (gestão, atenção, ensino e controle social) nos espaços colegiados de integração ensino-serviço da proposta integrada Pró-Saúde Unochapecó, SESAU e GERSA de Chapecó, expressa-se no diálogo entre os sujeitos. Diálogo que se estabelece mediante a disposição de saber ouvir, de interpretar outras linguagens, o que gera movimentos na direção do aprendizado daqueles sujeitos sociais que se encontram por um objetivo comum. Assim, as instâncias colegiadas tornam-se arenas de mediação de conflitos, consensos, reconhecimento de poderes, negociação e representatividade.

Nesse sentido, a legitimidade da representação sucede na medida do significado que os sujeitos atribuem a ela; ora como defesa de interesses do grupo representado, e aí o desafio maior está em apropriar-se do processo e compartilhar com os representados; ora como liberdade de expressão dos representantes, num processo mais democrático no qual há reciprocidade na confiança entre representantes e representados, viabilizando o processo mais criativo.

O que sustenta a participação, no ideário dos sujeitos, é a capacidade de saber ouvir, condição para a comunicação dialógica entre os sujeitos. Por tal caminho, os representantes dos diferentes segmentos contestam escutas não feitas e a falta de apropriação do processo por parte dos sujeitos envolvidos.

Desse modo, a representação e a participação expressam-se de maneira desarmônica, mais veementemente no ensino, representado por docentes na universidade, e na gestão, representada por profissionais do serviço. Nesses segmentos, permanece frágil a presença de pessoas estratégicas, como o estudante e o Secretário de Saúde, por exemplo. Também, é incipiente a representação do controle social, sobretudo com

participação do usuário do serviço de saúde. Com essa configuração, esse “quadrilátero”, por vezes, não se configura como tal, pois lhe faltam elementos para encaixar os vértices, e coexiste a intervenção de outros elementos em um mesmo segmento.

Aprimorar os processos de representação e participação do grupo, envolvido na proposta de gestão colegiada do Pró-Saúde pode significar um maior envolvimento dos segmentos, por meio da apropriação dos significado da proposta e da negociação dos interesses do grupo representado. Isso também pode ocorrer na livre expressão das ideias, construindo junto, a partir de uma “relação fecunda”, apostando-se no pressuposto de que “o todo é maior do que a soma das partes”, quando se pretende construir algo novo.

REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a Diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 99-112, 2008.

BORDENAVE, J. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BORDENAVE, J. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **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. [documento internet] 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Educação pelo Trabalho para a**

Saúde[documento internet] 2010. Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. **Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. [documento internet] 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CAMPOS, G. V.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e gestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. 402p.

CAMPOS, F. E. et al. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró Saúde. In: PIERANTONI, C.R.; VIANA, A.L.A (org.) **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 25-36.

CARBONI, F.; MAESTRI, M. **A Linguagem Escravizada**: língua, história, poder e luta de classes. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012. 152p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DEMO, P. **Participação é Conquista**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança**: o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Florianópolis, SC, 2010, 235 p.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001a, 116p.

_____. **Educação e Mudança**. 34. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Extensão ou Comunicação**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006, 93 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e educação**. 8. ed. São Paulo: Villa das Letras, 2007.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

KLEBA, M. E. et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010.

LANDERDHA, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, J. S. M. Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e do agir comunicativo. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários da justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

SOUZA, A. E (Org.). **Paulo Freire: vida e obra**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010, 344p.

TEIXEIRA, M. L. et al. Participação em Saúde: do que estamos falando? **Sociologias**. Ano 11, n. 21, p. 218-251, 2009.

UNOCHAPECÓ. **Comitê Gestor Local do Pró-Saúde**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012a.

UNOCHAPECÓ. **Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde Local**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012b.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZITKODKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

5.2 INSTÂNCIAS INTERSETORIAIS DE GESTÃO: MOVIMENTOS PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE

INSTÂNCIAS INTERSETORIAIS DE GESTÃO: MOVIMENTOS PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE

INTERSECTORIAL INSTANCES OF MANAGEMENT: MOVEMENTS FOR THE REORIENTATION IN HEALTH TRAINING

ÓRGANOS INTERSECTORIALES DE GESTIÓN: MOVIMIENTOS PARA LA REORIENTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN SALUD

RESUMO

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que propõe compreender como os fóruns gestores – Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral – da proposta integrada Pró-Saúde Unochapecó, Secretaria da Saúde e Gerência Regional de Saúde de Chapecó potencializam a integração ensino-serviço neste município. A produção e registro das informações ocorreu mediante entrevistas focadas com membros do quadrilátero – ensino, gestão, atenção e controle social –,

que participam dos fóruns dessas instâncias, observação direta das reuniões das instâncias e leitura documental, de outubro de 2012 a abril de 2013. O tratamento das informações ancorou-se na proposta operativa para análise de dados qualitativos de Minayo (2010). Emergiram as categorias: Espaço democrático de reconhecimento dos segmentos do quadrilátero: cada lado precisa ajustar os vértices para compor o todo; Espaço dialógico e de conflito: diferentes vozes, olhares e poderes na integração; e Espaço de reflexão-ação-reflexão: vigília do cotidiano e possibilidade de transformação dos sujeitos. Os resultados distinguem a importância do reconhecimento dos papéis de cada segmento. Apesar dos conflitos, os espaços de encontro dos sujeitos intersetoriais são importantes iniciativas de integração ensino-serviço, sobretudo como possibilidade de transformá-los e contribuir para reorientar as práticas e a formação na saúde.

DESCRITORES: Formação de Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde; Política de Educação Superior; Gestão em Saúde; Serviços de Integração Docente-Assistencial.

ABSTRACT

Qualitative research case study that proposes to understand how the management forums - Local Management Committee and General Coordinating Commission - from Pro-Health integrated proposal of Unochapecó, Health Department and Regional Health Management Department of Chapecó potentialize the integration of teaching-service in this municipality. The information production and record occurred through interviews focused on members of the four-way approach - teaching, management, attention and social control - that participate in the forums of these instances, direct observation of meetings in the instances and documental reading, from October 2012 to April 2013. The information was treated based on Minayo's (2010) operative proposal for the analysis of qualitative data. The categories emerged: democratic space for the recognition of the four-way approach segments: each side needs to adjust the vertices to compose the whole; Dialogic and conflict space: different voices, looks and powers in the integration; and Space reflection-action-reflection: everyday vigil and the possibility of individuals' transformation. The results distinguish the importance of recognizing the roles of each segment. In spite of the conflicts, the meeting spaces of intersectorial individuals are important initiatives of the

integration teaching-service, especially as a possibility of changing them and contributing to reorient the practices and the health training.

DESCRIPTORS: Human Resources Formation; Unified Health System; Primary Health Care; Health Management; Teaching Care Integration Services.

RESUMEN

Investigación cualitativa estudio de caso que propone comprender cómo los forosgerentes - Comité de Gestión Local y Comisión Coordinadora General - de la propuesta integrada Pro-Salud Unochapecó, del Departamento de Salud y Gerencia Regional de Salud de Chapecó potencializan la integración de docente-asistencial en este municipio. La producción y grabación de las informaciones ocurrió a través de entrevistas enfocadas con miembros del cuadrilátero - la educación, la gestión, atención y control social - que participan en foros de esos órganos, la observación directa de las reuniones de los órganos y de lectura de documentos, desde octubre 2012 hasta abril 2013. El tratamiento de las informaciones anclado en la propuesta operativa para el análisis de los datos cualitativos Minayo (2010). Surgieron categorías: espacio democrático para el reconocimiento de segmentos de el cuadrilátero: cada parte debe ajustar los vértices que componen el todo, el espacio dialógico y el conflicto: las diferentes voces, miradas y poder en la integración, y espacio de reflexión-acción-reflexión: vigilia del cotidiano y posibilidad de transformación de los sujetos. Los resultados distinguen la importancia de reconocer las funciones de cada segmento. A pesar de los conflictos, los espacios de encuentro dos sujetos intersectoriales son importantes iniciativas de la integración docente-asistencial, sobre todo como la posibilidad de transformarlas y contribuyen para reorientar las prácticas y la formación en la salud.

DESCRIPTORES: Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Política de Educación Superior; Gestión en Salud; Servicios de Integración Docente Asistencial

INTRODUÇÃO

No que se refere à ação educativa, Paulo Freire argumenta sobre a necessidade de que educador e educando sejam sujeitos de sua prática, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano.

Nessa direção, a integração de teoria e prática determina a práxis, como possibilidade transformadora da realidade, fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si, mediatizados pelo mundo. Ao propor ultrapassar a esfera da apreensão da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência, Freire explica a aproximação da teoria com a prática, em forma de uma unidade dialética que provoca nos homens, de maneira permanente, a necessidade de transformar o mundo (FREIRE, 2001a; 2001b; 2005; 2006; 2007).

As possibilidades de educação contínua e de ajustamento do trabalho em saúde às questões de cidadania e solidariedade, permitem que se definam os espaços de ação e de reflexão sobre a prática nessa área como dois mundos em transformação, o mundo do trabalho e mundo da educação. Quando em intersecção, esses espaços particulares transmutam-se em algo novo, como uma imagem objetivo em que institui-se o diálogo com outras realidades, originando novos fatos. Para ocorrer essa transformação da realidade, os sujeitos que fazem parte das instituições formadoras e do mundo do trabalho em saúde precisam estreitar relações, dialogar entre si e planejar momentos de cogestão do processo de aprendizagem. Esses momentos devem garantir que as propostas de cada mundo sejam apresentadas, discutidas e refletidas, e juntas criem oportunidades de aprendizagem pautadas na construção de cenários reais, intercedidos por métodos pedagógicos, e que venham ao encontro das expectativas e necessidades daquela realidade (SCHIMIDT, 2008).

O modelo brasileiro de reorientação da formação está pautado em uma emergente necessidade de ações voltadas à práxis dos estudantes, dos profissionais, dos gestores, e de outros sujeitos envolvidos no processo. Por isso, tem como proposta a integração entre o ensino e o serviço, com a participação da gestão e do controle social, o que contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já com esse propósito, de aproximar ensino e serviço, em 1981, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), do Ministério da Educação (MEC), desenvolvia projetos de formação profissional mediante a inserção de estudantes em unidades de Atenção Básica (AB) (COSTA; KALIL; SADER, 1999). Apesar da conformação da Rede IDA – Brasil, da qual emergiram inúmeras experiências no país, o IDA limitou-se à assistência em saúde, com pouca participação de docentes e segmentação das ações, sem significativas transformações nos currículos. No início dos anos 1990, surge o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa, financiado pela Fundação Kellogg. As ações orientavam a formação na

perspectiva da multiprofissionalidade e do fortalecimento dos componentes curriculares, tendo entre seus objetivos estimular e apoiar o progresso da educação dos profissionais da saúde, estreitando relações com os serviços e com a comunidade (KISIL; CHAVES, 1994)

Os Projetos UNI abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança dos conteúdos para além da saúde pública preventivista, mediante a integração ensino-serviço-comunidade, na direção de uma saúde comunitária e participativa (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Foi com essa lógica, que se criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 2.101/2005, da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SGETES), Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu), MEC (BRASIL 2007a).

O Pró-Saúde converge com a proposta de envolvimento recíproco entre instituição de ensino (lócus da teoria) e instituição de serviço (lócus da prática) na área da saúde, que se propõem a planejar e desenvolver atividades articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do SUS e da formação de profissionais orientados para atuar nesse Sistema. A interação ensino-serviço tem sido percebida como elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias que venham superar os inúmeros desafios da organização da formação profissional. Com o Pró-Saúde, consolida-se uma perspectiva de formação voltada ao desenvolvimento de competências correspondentes às reais demandas do SUS, as quais valorizam a atenção à saúde articulada ao social, o exercício da crítica e o protagonismo dos sujeitos (BREHMER, 2013).

Para que ocorra um processo efetivo de integração – praxis (FREIRE, 2001a, 2005) – acredita-se na necessidade de haver a participação efetiva de representantes dos segmentos envolvidos no processo, com vistas à construção e implementação de propostas conjuntas no âmbito da formação e desenvolvimento profissional na área da saúde.

Tais direcionamentos atendem, também, à Lei 8.080, ao dispor em seu artigo 14º que “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, com a finalidade de propor métodos e estratégias articuladoras da cooperação técnica e pesquisa entre elas, visando à formação e à educação continuada dos recursos humanos no âmbito do SUS (BRASIL, 1990, s/p).

Com esse propósito, além de acompanhar, monitorar e avaliar os projetos, que compõem o Pró-Saúde, foram instituídas, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019/2007, as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, no âmbito do território onde a proposta é desenvolvida. Tal portaria recomenda que as Comissões sejam compostas pelo coordenador dos projetos e por representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes dos cursos envolvidos no Pró-Saúde (BRASIL, 2007b). Acredita-se que essas instâncias, com representações dos diferentes sujeitos sociais envolvidos no processo, configuram-se como espaços de compartilhamento do poder decisório, mediante movimentos de diálogo e corresponsabilização. Espera-se que os fóruns intersetoriais representem arenas promotoras de ações de integração ensino-serviço, na medida em que se pautem em uma dinâmica democrática, dialógica e participativa e estejam voltadas ao planejamento e ao desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes com a realidade local.

Compreende-se, nesse contexto, a participação dos sujeitos como forma de expressar sua capacidade de decidir, de optar, transcendendo a prática mecanicista na direção de uma posição, criticamente, otimista. Dessa forma, ela desperta nos sujeitos a possibilidade de construir a história por meio da responsabilidade social (FREIRE, 2001a; 2001b). A democracia está associada à ideia de participação dos cidadãos, decidindo, executando e, finalmente, transformando a realidade (FREIRE, 2005). Freire supunha que, pronunciando o mundo, os homens transformam-no, que, nesse processo, o diálogo impõe-se como um requisito existencial e como o caminho para a conquista da significação da condição humana. Ao compreender a si mesmo e aos outros, por meio do diálogo, o homem ganha autonomia e capacidade de lidar com conflitos, estabelecendo relações com outros sujeitos, elaborando novos conceitos e significados.

Esse artigo traz resultados de uma investigação, realizada no âmbito dos fóruns gestores – Comitê Gestor Local (CGL) e da Comissão Coordenadora Geral (CCG) – da proposta do Pró-Saúde, desenvolvida pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) em parceria com a Secretaria de Saúde (SESAU) do município de Chapecó, oeste de Santa Catarina (SC) e Gerência Regional de Saúde (GERSA) da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó. Objetiva compreender como os fóruns gestores potencializam a integração ensino-serviço nesse município.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso, método de pesquisa, utilizado para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e em que o fenômeno sob estudo é contemporâneo, localiza-se em um contexto da vida real. O caso é “único”, pois configura-se como típico, ou seja, o objetivo da investigação é “captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum” (YIN, 2010, p. 72).

Das instâncias selecionadas para o estudo de caso participam representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, os quais compõem o “quadrilátero da formação do SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Do Comitê Gestor Local do Pró-Saúde fazem parte representantes dos quatro segmentos, sendo: coordenação local (ensino); representantes do corpo gestor da IES; representantes do corpo docente; representantes da SESAU; representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS); representantes do corpo discente – Diretório Central dos Estudantes (DCE) e estudantes representantes da Liga Acadêmica da Saúde da Família³⁹ –; representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); representantes da GERSA e profissionais de saúde representantes do PET-Saúde⁴⁰ (preceptores); totalizando 16 integrantes titulares. Esta instância tem como objetivo acompanhar o processo de execução do Programa e ser canal de interlocução com seus representantes, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012a).

A outra instância, Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde, conta com representantes do corpo gestor da IES; representantes dos cursos envolvidos na proposta – pelo menos um de cada curso –; representantes da SESAU e GERSA de Chapecó e representantes da CIES; com 23 integrantes titulares. A Comissão tem como propósito realizar a mediação e a articulação no diálogo com os pares,

³⁹ A Liga Acadêmica da Saúde da Família é uma entidade acadêmica que compartilha os mesmos objetivos do centro acadêmico, ou seja, a pesquisa, o ensino e, neste caso, a assistência à saúde da família. As Ligas são compostas por estudantes e profissionais da área tema da Liga, e contam com certa autonomia em relação à universidade. Sua gestão cabe aos acadêmicos, auxiliados pelos profissionais (geralmente médicos).

⁴⁰ O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (trabalhadores dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

orientando/esclarecendo os autores dos projetos e demais envolvidos, motivando-os a se engajarem no processo e acompanhando a execução das atividades (UNOCHAPECÓ, 2012b).

Com tais propósitos, essas estruturas reúnem-se, em assembleias mensais, majoritariamente, na Unochapecó, conformando espaços de planejamento, nos quais os membros podem acompanhar o desenvolvimento da proposta como um todo. Tratam-se de momentos para relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde.

Para produção e registro das informações foram realizadas entrevistas focais (YIN, 2010), observação direta e análise documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

O estudo contou com a participação de 25 sujeitos, identificados como participantes nos fóruns, atualmente, sendo estes os que participavam dos momentos de observação das reuniões. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora, totalizando 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três membros da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos (gestão, atenção, controle social e ensino). Os participantes do estudo foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, quando se observou a caracterização de um determinado padrão nas falas, que expressava a suficiência de informações para o estudo.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter participado de uma das instâncias intersetoriais relacionadas à gestão do Pró-saúde, e um dos quatro segmentos, no período 2006 a 2012 e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com os critérios, anteriormente, citados e que estavam aposentados ou afastados (licença médica, entre outras) no período da produção das informações da investigação. Os participantes são do sexo feminino, em sua maioria, oriundos de diferentes áreas de formação em saúde e com tempo médio de participação nas instâncias de dois anos e meio.

Realizaram-se, ainda, seis momentos de observação de reuniões do Comitê Gestor e da Comissão Coordenadora, devidamente registradas em Diário de Campo. Esse instrumento de observação pré elaborado, continha

Notas de Observação Descritivas (NOD), quanto aos aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Reflexivas (NOR), quanto aos processos de diálogo, participação, conflitos e outras observações do entrevistador.

Finalmente, foram utilizadas fontes documentais como: documentos de nomeação dos membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; atas das reuniões das instâncias; projetos das ações estruturantes de reorientação da formação em saúde (Pró e PET-Saúde); relatórios das ações desenvolvidas; publicações (trabalhos em eventos, artigos, livros); entre outros; tendo como propósito compreender a dinâmica das instâncias.

Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” (Minayo, 2013), a saber: *Pré-análise*: estruturada a partir da leitura exaustiva do conjunto das comunicações obtidas por meio das entrevistas e observações; *Exploração do material*: operação de codificação das informações brutas, a fim de alcançar o núcleo da compreensão do texto; *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram das informações, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A análise teve como suporte o referencial teórico do educador e cientista social Paulo Freire.

Ressalta-se, entre os aspectos éticos, considerados para realização deste estudo, a aquisição de permissão das instâncias envolvidas, bem como do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012). Após apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, as falas de cada um dos entrevistados foram identificadas por codinomes de escolha da pesquisadora.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A primeira questão que se destaca, é que essas estruturas intersetoriais não estavam, efetivamente, previstas no arcabouço teórico que compôs o Caderno 1 do Pró-Saúde (BRASIL, 2005), tampouco em seus primeiros editais. Contudo, desde 2006 foi instituído, no âmbito da proposta integrada da Uochapecó e parceiros, o Comitê Gestor (com representantes dos quatro segmentos) e, em 2008, após a portaria

3.019/2007, que institui as Comissões em âmbito nacional, a Comissão Coordenadora do Pró Saúde (com representantes do ensino e do serviço).

Os sujeitos entrevistados compõem as instâncias, em média há dois anos e meio. Se considerarmos os segmentos isoladamente, este tempo aumenta para os representantes do ensino em quatro anos, dois anos para o segmento gestão, um ano para atenção e um ano para o controle social. Considera-se, portanto, que o segmento que permanece atuante por mais tempo no caso em questão é o ensino.

Na análise das informações produzidas, embora com variações, encontrou-se tendências semelhantes nos entendimentos e descrições sobre a dinâmica das reuniões das instâncias colegiadas de integração ensino-serviço em saúde. Foi possível confirmar que esse tipo de gestão “coloca na roda” os segmentos do quadrilátero, a partir de uma proposta de organização, mediante o desejo de operacionalizar mudanças na realidade, negociar caminhos e, para tanto, investir na corresponsabilização e protagonismo dos sujeitos envolvidos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 59).

Os dados analisados deram origem às categorias: **Espaço democrático de reconhecimento dos segmentos do quadrilátero: cada lado precisa ajustar os vértices para compor o todo; Espaço dialógico e de conflito: diferentes vozes, olhares e poderes na integração; e Espaço de reflexão sobre a prática: vigília do cotidiano e possibilidade de transformação dos sujeitos.**

Espaço democrático de reconhecimento dos segmentos do quadrilátero: cada lado precisa ajustar os vértices para compor o todo

A democracia implica na participação dos cidadãos, decidindo, executando e, sobretudo, transformando a realidade, a partir de um processo democrático (FREIRE, 2001b). Freire (2005) acreditava que o exercício da democracia possibilita que o homem aprenda com seus erros e avance, construindo sua própria história de vida. Assim, propõe estruturas pedagógicas, nas quais o sujeito exerça a sua liberdade de expressão por meio de relações socialmente construídas, fundamentadas no diálogo e na autonomia. De maneira a fortalecer tais pressupostos, vale lembrar que, no campo da saúde, todos os sujeitos que, de alguma maneira, estão implicados com a sua produção, representam certos espaços e governam o cotidiano do trabalho em saúde, dado o grau de liberdade que existe no seu agir (FRANCO; MERHY, 2012). Isso pressupõe uma atribuição comum entre os sujeitos que compõe as

instâncias de gestão do Pró-Saúde e significa que devem existir certas contraturalidades entre esses sujeitos sociais e políticos, tendo em vista que a organização da atenção é produto dessa integração.

Os aspectos despertados nos discursos fazem refletir sobre um papel social da instância intersetorial e chamam atenção para o empoderamento dos segmentos no âmbito de tal articulação. Contudo, sinalizam a responsabilidade do sujeito, que faz parte de tal estrutura, tendo em vista sua função política, sobretudo, em se tratando da universidade, como entidade com o compromisso ético de produção e socialização do conhecimento e, principalmente, com a atribuição de possibilitar ao estudante “reconhecer-se no mundo”, com vistas à autonomia.

“[...] por ser um Comitê ele [representante do segmento] tem um papel importante, social. E esse papel social talvez, pela lógica da universidade ter a responsabilidade de possibilitar ao aluno esse saber e esse reconhecer o mundo, também fica uma sobrecarga de responsabilidade de que tem que dar conta disso! [...] não deixa de ser um empoderamento desses segmentos. Poder ter um representante da saúde dentro de um Comitê, em princípio, politicamente, é uma coisa importante - política social, não política partidária” (Emma - A).

Sobre tais argumentos, Freire (2011) refere que, sem a possibilidade de reflexão sobre si mesmo e sobre seu estar no mundo, bem como a associação dessa possibilidade à sua ação sobre o mesmo, o homem não é capaz de transpor limites, que lhe são impostos, e, assim, comprometer-se. De fato, cada segmento representado na instância colegiada desempenha um papel importante no que tange à reorientação da formação da saúde. Assim, os membros do quadrilátero constituem um grupo interinstitucional e exercitam uma possibilidade mais democrática e participativa de gestão, na qual desfrutam do protagonismo e da produção coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No âmbito da parceria entre universidade, SESAU e GERSA, o principal desafio parece estar na compreensão do que seja atribuição de cada um dos segmentos - ensino, trabalho, gestão e controle social - no exercício da gestão/acompanhamento dos processos de reorientação.

Nesse contexto, no discurso a seguir, é ponderado que, nos espaços, as pessoas já vão com posições definidas, o que, por um lado, dificulta o diálogo. Participam mais das discussões, segundo o sujeito entrevistado, o serviço e os professores da universidade, enquanto os

estudantes e o controle social não se percebem como integrantes do processo.

“[...] é interessante do ponto de vista do espaço para discussão. Só que, das reuniões que eu fui, percebi que as pessoas já foram com posições definidas e não fluiu muito um diálogo. E ficou bem focado no serviço, no caso da Secretaria e da Unochapecó. Os outros que estavam ali, os estudantes, mesmo eu, do controle social, não tínhamos uma interação maior para fazer as discussões. Nas reuniões em que eu fui, ficou caracterizado como um espaço entre a Secretaria e a Unochapecó” (Mr. Darcy - CS).

O papel da gestão do serviço, no ideário desse segmento, é ordenar a formação por meio do compartilhamento das demandas do serviço. Isso se processa inclusive, por meio da argumentação durante as discussões desencadeadas na instância colegiada, podendo ou não gerar consensos. No cotidiano da articulação entre os mundos, que se incorpora, sobretudo, pela presença do estudante e do docente no serviço de saúde, essa atribuição complica-se, pois a presença do estudante é percebida como um diferencial favorável, mas que, ao mesmo tempo, “incomoda” os profissionais. Nesse sentido, o papel do gestor seria organizar a integração entre os sujeitos:

“[...] é onde a gente [gestão do serviço] sente as demandas do próprio serviço e que a gente coloca para o Pró-saúde em função de melhorar e colaborar com a questão do ensino” (Anna Karenina - G).

“[...] você sai de lá com uma sensação: eu falei o que precisava ser falado, eu acredito que me compreenderam, alguns concordaram, outros não, isso faz parte, mas eu fiz o meu papel”. (Capitu - G).

“É bem ‘saia justa’, porque você, às vezes, no dia a dia, vê que a presença do acadêmico incomoda, mas que você não quer perder a oportunidade de ter um diferencial, esse exercício [...] O serviço nosso é tentar ordenar a participação” (Bibiana - G).

Os pronunciamentos fazem pensar no ponto de vista do segmento gestor, segundo o qual o serviço beneficia-se da presença do estudante e do docente, como possibilidade de atender as suas necessidades e que, dessa maneira, está-se colaborando com a formação. Contudo, nesse

entendimento, não são consideradas as necessidades da formação, defendidas por esse outro segmento em outros discursos.

O papel do ensino é reorientar a formação para consolidação do SUS. Para esse segmento, sua presença nos momentos de discussões na instância colegiada justifica-se no sentido de ouvir os demais e, a partir de reflexões, repensar a proposta da universidade, com vistas à consolidação do SUS. Para tanto, o Pró-Saúde configura-se como dispositivo importante da política de saúde:

“[...] no sentido de compreender quais são as dificuldades do serviço, tentar resolver, repensar a proposta da universidade [...] De conversar com os professores, repensar os PPs [Projetos Pedagógicos] e, principalmente, a nossa função é trazer a discussão sobre os objetivos do Pró-Saúde, estar sempre lembrando desses dispositivos, a que eles vieram e como a gente pode fazer para que eles se consolidem e ajudem a consolidar o Sistema, a política de saúde, que é o SUS!” (Guiomar - E).

Fica claro, nesse ideário, o papel da universidade, enquanto articuladora da pesquisa, ensino e extensão que, de maneira indissociável, implicam demonstrar a transição da teoria à práxis, a partir da reflexão, validando o conhecimento construído, o qual subsidiará mudanças na realidade (FREIRE, 2005; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011). Em relação à prática em saúde, na medida do seu compromisso com as transformações nesse âmbito, a formação é uma tarefa socialmente necessária, e como tal, mantém com a sociedade acordos ético-políticos. A formação precisa estar atrelada a movimentos de transformação social, atendendo a interesses coletivos e à produção de novidades em saberes e em práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A representante do segmento ensino, percebe-se como uma emissária para compartilhar as discussões geradas a partir do movimento de reorientação, para todas as áreas do conhecimento:

“Vamos falar da figura do professor, ou do docente: se ele não entende essa possibilidade, se ele não entende o que é essa reorientação, que o que a gente deseja da reorientação da formação profissional, e dessa relação ensino-serviço. Eu diria assim, a gente aqui, no Pró-Saúde, está voltado à política de saúde, entendendo a saúde em uma perspectiva ampla, e, enfim, mas a gente poderia levar isso para todas as áreas do conhecimento” (Aurélia - E).

De maneira convergente, outro representante do segmento ensino, compreende-se envolvido na função de conduzir os encontros da instância, de forma metodológica, organizando o tempo, expressando as ideias de maneira escrita e demonstrando como as teorias e conceitos podem estar presentes nas ações e vice-versa:

“O papel do professor universitário é trazer, principalmente, a questão metodológica [...] como é que a gente organiza uma reunião, como é que a gente elege uma pauta, como é que a gente discute [...] como é que a gente organiza os tempos da reunião, como é que a gente organiza uma ideia e expressa, através da escrita. Outro papel é teorizar, dizer que teorias que conceitos estão presentes nessas ações. [...]trazer para esse espaços uma reflexão [...] não deixar tornar-se um vale tudo, quer dizer, tem um rigor metodológico, tem um rigor teórico [...]”(Heathcliff - E).

Corroborando com tais achados, Reibnitz e Prado (2003) atestam que o desafio do professor é justamente fazer do mundo do trabalho um espaço pedagógico, de estímulo ao pensamento crítico-criativo, ao utilizar a prática do julgamento para a análise e apreensão da realidade vivenciada, intervindo e modificando-a. Nesse contexto, destacam que, para sujeitos constituírem-se a partir das relações que estabelecem, o diálogo é condição fundamental, pois pressupõe uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, de vivências e mesmo, de sentimentos, elementos essenciais ao estabelecimento de relações de parceria e integração efetivas entre sujeitos que compõem o processo educativo.

O terceiro lado do quadrilátero, representado pelo segmento controle social, estima que seu papel é atuar como uma “ponte” entre o ensino, o serviço e a comunidade, sobretudo preparando a comunidade para as ações desta pareceria:

“Eu acho que ela [participação do controle social na integração ensino serviço] é fundamental porque faz a ponte entre a questão do ensino, levando para o serviço e para a comunidade, porque eu vejo que o objetivo é trabalhar a comunidade, porque se os conselheiros levam isso bem, a comunidade aceita bem [...]” (Alice - CS).

O controle social, na construção do SUS, assim como no espaço das demais políticas sociais, é defendido como necessário e indispensável para sua consolidação de maneira mais democrática e eficaz. A

institucionalização do controle social no Brasil, sobretudo por meio dos conselhos gestores, representa um avanço na democratização, tanto em relação aos serviços, quanto às práticas políticas, ampliando o poder de intervenção da população nas ações públicas, impondo maior responsabilidade aos governos e à sociedade (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

A representante do segmento atenção estima que seu papel é integrar a prática e o saber, efetivamente. Para ela, essa possibilidade compromete, sobretudo o trabalhador, por implicar a educação permanente, como se observa no discurso a seguir:

“ [...] porque não adianta você saber e não trabalhar e não adianta você trabalhar e não saber! [...] Porque isso compromete! Isso mobiliza, faz com que os profissionais capacitem-se mais, eles estudam, veja que isso é um enriquecimento do serviço! Porque no momento em que a gente tem alunos, estagiários lá dentro, mobiliza, naturalmente, a capacitar-se, a reconhecer-se dentro de um espaço, a sair daquela coisa do estagnado [...]” (Emma - A).

Compreender a relação entre o ensino e o serviço sob a lógica da educação permanente pode ser uma estratégia para a mudança de relações pré-estabelecidas, partindo das concepções de cada um sobre a saúde. Essa mudança implica significar os momentos de aprendizagem, fazendo com que sejam provocadores de transformações do processo de trabalho, a partir de atuações reflexivas, críticas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes. Assim se concretiza o verdadeiro objetivo da educação permanente, qual seja, transformar as relações estabelecidas na micropolítica do espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde em trabalho vivo (TOMBINI, 2010; BRASIL, 2005).

O discurso dos sujeitos ajuda a perceber o que se configura como cerne da questão: o reconhecimento dos papéis, na ótica dos sujeitos, perpassa uma evolução positiva, que fomenta o sentimento de pertencimento ao processo, em consequência, gera comprometimento. De outro lado, a indefinição das atribuições, na qualidade de integrante do quadrilátero da formação e, por conseguinte, da instância colegiada e a falta de compreensão sobre aquele processo, causa um sentimento de não pertencimento e alheamento, definida por eles como “sofrimento”:

“[...] a primeira vez que eu participei, que eu fui convidada para participar, não sabia muito o que era [...] Eu acho que agora a gente

começa a entender os papéis, então, no início a gente teve esse atrito, esse choque” (Bibiana - G)

“[...] então, se a gente vai lá no Comitê Gestor [...] discute as questões pertinentes ao ensino e à prática, mas, isso eu sabia! Eu não sabia em que EU poderia contribuir! [...] hoje acho que entendo um pouco mais. Houve um momento [...] em uma das reuniões que eu perguntei qual que era a minha função ali? Por que eu estava ali? E eu acho que é bem interessante porque é bem o processo da construção do pensamento [...] de alguma maneira, eu não sabendo, quando perguntei foi quando eu passei a me sentir pertencendo! [...]” (Emma - A).

Essas questões são reforçadas pelas observações realizadas nos momentos de reunião, traduzem-se nas reflexões de Freire (2001), no que diz respeito ao desenvolvimento da percepção crítica do homem sobre seu papel no mundo. Para o educador, os homens devem ser capazes de apreenderem o mundo como uma realidade da qual fazem parte, tomando consciência de sua historicidade, como seres integrados ao seu contexto:

“Quem comparece pela primeira vez nas reuniões, ao se pronunciar, manifesta que não foi esclarecido sobre do que se trata, sente-se perdido. Isso foi observado em duas ocasiões, nos momentos de apresentação dos participantes da reunião” (NOR - pesquisador).

“A representante da atenção manifesta que as pessoas, que estão há menos tempo, deveriam apropriar-se primeiro do processo para então, participar mais” (NOR - pesquisador).

“Em um momento de avaliação das reuniões, alguns representantes mencionam a importância de esclarecer melhor os segmentos representados sobre o Pró-Saúde” (NOR - pesquisador).

Os sujeitos consideram que deveria existir um contrato verbal para tornar claros os vínculos entre os participantes daquela instância, que esclarecesse os objetivos do encontro, para permitir o reconhecimento entre eles e despertar nos mesmos o sentimento de apreensão do processo e, por consequência, de empoderamento:

“[...] Toda a relação de grupo pressupõe um vínculo e esse vínculo tem que estar claro, esse objetivo tem que estar claro [...] Onde, efetivamente, esses atores todos pudessem reconhecer-se dentro desse

espaço, entender sua função e o seu poder de alcance ali dentro, o quanto esse reconhecimento e a sua voz vai agregar [...]” (Emma - A).

Corroborando com o elucidado acima, destaca-se que o empoderamento advém das interações sociais que os seres humanos constroem à medida que problematizam a realidade de maneira crítica. É por meio da problematização⁴¹ que emerge a conscientização que lhes “dá poder” para transformar as relações sociais de dominação, na direção da libertação (FREIRE, 2005; FREIRE; SHOR, 2008). A possibilidade de empoderar-se, assim, promove a conquista de espaços de participação social, na perspectiva da cidadania e da co-responsabilização (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Os interesses comuns entre os indivíduos e a delegação de poderes de representação que lhes é conferida parece contribuir para que as instâncias colegiadas possam estruturar-se numa base sólida e bastante enriquecedora, com vistas ao desvelamento do processo de formação na área da saúde, isso implica o serviço na comunidade. A compreensão dos papéis de cada segmento, ou lado do quadrilátero, e do compromisso social e político da instância, neste contexto, é fundamental para compor o todo.

Espaço dialógico e de conflito: diferentes vozes, olhares e poderes na integração

O diálogo consiste em uma condição básica para o conhecimento, que ocorre na comunicação entre os sujeitos, a partir de um encontro, que se realiza na práxis e, por conseguinte, no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005).

Paulo Freire, na obra “Por uma pedagogia da pergunta”, refere que uma “postura pedagógica” passa pela capacidade de estabelecer um diálogo entre as diferenças, enriquecer-se nessa relação dialógica. Nessa perspectiva, a intencionalidade de cada sujeito manifesta-se no conflito, ele pode gerar a construção do “novo sujeito”. O conflito, como confronto de posições, implica, portanto, o diálogo como um dos degraus rumo ao estabelecimento da harmonia, por meio da atitude de ouvir, falar, e por fim, entender-se. A harmonia, portanto, só se realiza com o debate, a crítica, a autonomia e a participação, que são os princípios mesmos da democracia. Assim, Freire designa o “conflito superável”, entre diferentes

⁴¹A problematização trata de situações existenciais percebidas como desafios, e que exigem respostas do ser humano, ligadas à ação, à reflexão e à tomada de decisão (FREIRE, 2005).

e não entre antagonísticos, o qual inclui os sujeitos na história, que se faz na práxis, na luta, no conflito, no antagonismo e na divergência (FREIRE; FAUNDEZ, 2011).

As instâncias de gestão do Pró-Saúde, na compreensão dos sujeitos, configuram-se como estruturas colegiadas de acompanhamento e de integração, a partir dos olhares e vozes dos indivíduos que as compõem. Nessa perspectiva, diferentes sujeitos sentam-se à mesa e dialogam, o que, na sua ótica, torna possível elaborar propostas, detectar problemas e pensar soluções, apropriando-se das diretrizes do Programa. Tratam-se, portanto, de espaços democráticos, deliberativos, dialógicos e de aprendizagem, com vistas à qualificação da formação e, sobretudo, ao “benefício dos serviços”, como expresso nas falas a seguir:

“[...] instância muito importante de integração entre as instituições, porque a gente tem um cronograma de reuniões e lá a gente faz os debates, coloca as propostas, coloca os problemas, as possibilidades de soluções. Então, é um momento onde acontece a integração: todos sentam à mesa e todos discutem. [...] todos têm vez, todos têm voz, então isso, sim, é um espaço de diálogo, é um espaço de democracia, as decisões são tomadas em conjunto” (Capitu - G).

“Eu vejo como um espaço importante de diálogo [...] para pensar a melhor maneira de fazer acontecer esses dispositivos do Ministério da Saúde, como o Pró-Saúde” (Guiomar - E).

Modelos voltados à construção de coletivos, comprometidos com a produção do cuidado e com a gestão democrática exigem dispositivos capazes de criar espaços dialógicos permanentes, nos quais sejam geradas reflexões sobre o trabalho e a gestão (PIMENTA, 2012). Essa estrutura está ancorada no modelo apresentado por Freire (2005), como Círculos de Cultura. Trata-se de uma unidade de aprendizagem centrada na igualdade de participações livres e autônomas. O sujeito-cidadão, por meio do diálogo, interage, relaciona-se com outros seres humanos, tendo a capacidade de refletir, ensinar e aprender, fortalecer e ser fortalecido, decidir pelo bem-estar pessoal e coletivo, no contexto de suas vivências e experiências. Para o educador, a democracia só é possível por meio da prática da participação, pelo direito de falar, de realizar o seu discurso crítico, como exercício de voz, de decisão em certos níveis de poder, como direito de expressão da cidadania, no momento em que os sujeitos que a realizam são coerentes com o seu discurso (FREIRE, 2001b; 2012). Na área da saúde, Campos (2000) em seus ensaios sobre o *Método da*

*Roda*⁴², sustenta esse ideário ao sinalizar que espaços democráticos são, também, espaços pedagógicos, terapêuticos, de reflexão crítica e de construção de sujeitos.

Nessa direção, os representantes reconhecem espaços de integração, para monitoramento e avaliação dos projetos desenvolvidos a partir das ações interministeriais implementadas pela Unochapecó, SESAU e GERSA do município.

“É um espaço de monitorar e avaliar e acompanhar esses espaços, ao mesmo tempo que a gente vai apresentar os projetos, apresentar as etapas, a gente vai, de acordo com o olhar de cada uma das pessoas, com as perguntas que vêm nessas comissões, vai fazendo avaliações e ao mesmo tempo revendo a forma da execução desses projetos. Eu diria que esses espaços são de acompanhamento, monitoramento e avaliação, também, das ações” (Heathcliff - E).

“São espaços extremamente importantes no sentido de permitir um acompanhamento de todo o processo e uma vigilância em relação aos projetos que foram aprovados, como a gente vem encaminhando, envolvendo-se no trabalho” (Aurélia - E).

Nas reuniões das instâncias, essas percepções são reforçadas, expressam-se na manifestação dos participantes sobre a avaliação das reuniões, durante um dos encontros, quando foram questionados sobre esse ponto pela coordenadora:

“Espaço deliberativo, onde cada sujeito precisa conhecer seu papel” (NOD – segmento ensino).

“Importante instância de aproximação do ensino e do serviço” (NOD – segmento gestão).

“Espaço que amplia a consciência social e a responsabilização participativa” (NOD – segmento atenção).

⁴² O *Método da Roda* recomenda uma unidade dialética entre a reflexão e a práxis, com base na capacidade de escuta e de análise da ação. O processo de escuta, análise, interpretação e intervenção operacional requerem diferentes espaços coletivos e diferentes recursos metodológicos. Propõe maneiras de trabalhar em equipe, para analisar a constituição de pessoas e de coletivos organizados (CAMPOS, 2000).

“Espaço de aprendizagem” (NOD – segmento controle social).

Ao refletir que os processos educativos, de maneira geral, emanam de movimentos de integração entre a teoria e a prática, numa ação de permanente diálogo, na qual os sujeitos são protagonistas (FREIRE, 2001a; 2005), cumpre destacar a menção dos sujeitos em relação à possibilidade de institucionalizar esses espaços de encontro dos sujeitos, que representam as entidades, mediante o reconhecimento do papel e da importância de cada uma no processo.

“[...] se existe a ideia desse Comitê como algo permanente e que vá incorporando esses outros espaços da sociedade [...] primeiro tem que ter o reconhecimento institucional [...] cada um pudesse falar de si, falar do que representa, do espaço que representa. Se não tiver esse reconhecimento, vai ficar um formato como alguns conselhos, que fazem a reunião porque tem que ter, porque a legislação prevê, pronto, cumpriu o seu papel!” (Emma - A).

O discurso da entrevistada em questão permite visualizar um espaço que, embora prazeroso, nem sempre propicia que os sujeitos sejam realmente escutados. Para ela, as reuniões parecem acontecer para cumprir uma diretriz estabelecida pela universidade e não há, de fato, lugar para os demais segmentos. Nessa integração entre o saber e a prática, ficam explícitas as relações de poder entre o saber (universidade) e a prática (serviço). Permanece uma compreensão de que a universidade carrega o status de poder, exercido pelo conhecimento, enquanto o serviço apenas executa e não é ouvido, de fato.

“[...] era uma coisa prazerosa ter um espaço onde se pudesse discutir. Embora eu achasse que não estava sendo escutada ou não estava colaborando tanto quanto eu poderia. Eu acho que isso é uma via de duas mãos. [...] penso que a prática pode, realmente, agregar mais, pode abrir discussões [...] E nem as nossas falas eu não acho que elas colaboram! Eu acho que a universidade mantém a reunião, ela conduz, porque tem que ter a reunião!” (Emma - A).

Neste sentido, Freire (2011) argumenta que a escuta, assim como a fala, é uma condição para a comunicação dialógica entre sujeitos sociais com diferentes opiniões e que, portanto, há momentos em que a disciplina do silêncio deve ser assumida com rigor. Ao examinarmos as considerações de Neto (2012, p. 169), temos que a escuta é um bom

indicador da qualidade da comunicação. Isso porque todo processo de comunicação ancora-se na escuta. “A fala só é efetiva quando produz no outro a escuta que o falante espera [...] Em um diálogo, é essencial sabermos se aquilo que vamos dizer corresponde às inquietações do ouvinte, ao que lhe interessa”.

Alguns apontamentos chamam atenção para conflitos relacionados à atitude defensiva e à dificuldade de comunicação entre os lados do quadrilátero que integra o ensino e o serviço. Os “momentos tensos”, ao que se percebe, estão relacionados ao entendimento do serviço, que a IES tem como atribuição atuar a partir das necessidades do serviço e, em contrapartida, a universidade argumentar que as necessidades de formação, também, precisam ser consideradas nessa relação. As falas e notas de observação, as quais seguem, ilustram esses aspectos:

“[...] há alguns momentos que são tensos, também de defesa de argumentos. Eu compreendo uma coisa de um jeito, o outro compreende de outro jeito, às vezes, a gente tem dificuldade de ouvir o outro, então a lógica é que eu preciso defender meu ponto de vista, afinal de contas, eu estou aqui representando a Unochapecó, os meus colegas professores [...] aí já fecha para o argumento que vem do outro lado, e assim fica mais difícil” (Aurélia - E).

“[...] o que mais fortaleceu o vínculo é a possibilidade de você estar sentado junto com as outras pessoas, falando daquilo que, efetivamente, o serviço precisa [...]esses momentos em que a gente senta na mesa para fazer os debates, são momentos que têm o seu lado positivo mas que, também, geram tensões” (Capitu - G).

“A gestora da SESAU comenta sobre os diferentes tempos do serviço e do ensino; em outro momento, sobre o entendimento do todo do Pró-Saúde, pois ainda restam dúvidas sobre quem pode utilizar as “salas de educação permanente”, equipadas com recursos do Pró-Saúde nas Unidades de Saúde, por exemplo. São enfatizadas as questões de necessidades do serviço versus projetos do Pró-Saúde [...] A coordenadora local enfatiza que precisam ser levadas em conta as necessidades do serviço, do usuário, mas também as necessidades do ensino, na lógica de “educar para o SUS” (NOR - pesquisadora).

A maneira como os sujeitos fazem suas escolhas está implicada na sua capacidade de participação e, também, na distribuição do poder

nesse espaço. Assim, transformar relações de poder em interações mais horizontais demanda modificar afinidades que estão pré-estabelecidas, tornando-as mais flexíveis (KLEBA; WENDAUSEN, 2009). Nos processos de integração entre ensino e serviço, as dimensões do conhecimento e aprendizagem complementam-se e provocam a atitude que movimenta todo esse processo, que é o “saber pensar” (PRADO; REIBNITZ, 2003).

Cumprir destacar, nesse ponto, o papel da coordenadora das reuniões como mediadora das discussões desencadeadas entre o quadrilátero e esclarecedora das situações abordadas. As notas de observação, efetuadas no decorrer dos encontros, esclarecem como isso se processa:

“A coordenadora atua como mediadora dos diálogos e em alguns momentos amenizou discussões conflituosas” (NOR - pesquisadora).

“Contextualiza as falas, valida, faz refletir, organiza, impede a dispersão, relaciona falas com os pressupostos do Pró-Saúde” (NOR - pesquisadora).

Para Campos, Cunha e Figueiredo (2013), o apoiador dos processos de cogestão precisa colocar-se na roda, o que significa permitir, concordar e incluir-se. Essa aproximação permite submeter à análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto, envolvidas, a partir do envolvimento e da criatividade.

Os sujeitos da investigação ainda afirmam, quanto às reuniões das instâncias, que muitas questões poderiam ser resolvidas em menos tempo. Na ótica do serviço, a universidade não é objetiva e teoriza demais sobre questões simples. Para otimizar o tempo e fomentar a maior adesão dos representantes desse segmento, as reuniões poderiam ocorrer no espaço do serviço.

“[...] quando a universidade traz essa discussão, a primeira impressão que dá, é de uma tarde toda lá na Uno [Unochapecó], daí a gente diz: o pessoal da Uno pensa que a gente não tem o que fazer. Ficar a tarde inteira discutindo uma coisa que poderia ser bem mais simples, ser resolvido em menos tempo, mas a gente fica cozinhando muito, filosofando” (Bibiana - G).

“[...] há muitos pontos falhos, envolvendo no sentido que: a gente trabalha aqui, tem trinta, quarenta horas aqui e em virtude, às vezes, de que as reuniões sempre acontecem lá na Unochapecó, às vezes acontece alguma coisa que não permite o teu deslocamento até lá. Então, poderia ser mais efetiva” (Anna Karenina - G).

As entrevistas e observações realizadas, quanto às instâncias colegiadas, revelaram espaços dialógicos, com momentos de conflito, que justificariam a reorganização do tempo e local das reuniões, bem como a necessidade de apropriação dos sujeitos sobre o processo e até mesmo, a institucionalização das instâncias. Cumpre destacar o diálogo, nesse caso, como mais do que um bate-papo desobrigado e desprezioso, pois é por meio dele que ocorre o encontro entre os sujeitos mediatizados pelo mundo, no qual a reflexão e a ação orientam-se para a realidade, inicialmente “dita” e depois “desvelada”, e que agora precisa ser transformada e humanizada (FREIRE, 2005; 2006).

Além disso, as relações de poder que se estabelecem naquele espaço intersetorial, estão relacionadas à dialética do pensar e do fazer, representados pela universidade (docentes e discentes) e pelo serviço (gestores e profissionais), mediadas pelo controle social. A prática dos representantes do quadrilátero encontra barreiras na capacidade de ouvir o outro e de ser ouvido com interesse e alteridade, pois em geral, estão mais preocupados com suas propostas e necessidades individuais.

Espaço de ação-reflexão-ação: vigília do cotidiano e possibilidade de transformação dos sujeitos

A participação como motor da transformação e da democratização do sujeitos, na ótica de Paulo freire, ocorre por meio da práxis. Essa, como discutido anteriormente, pode ser compreendida como uma atividade concreta, por meio da qual o sujeito se reconhece no mundo, modificando-se e modificando a realidade objetiva, de maneira reflexiva, articulando teoria e prática (FREIRE, 2001a; 2005; 2006).

Compreender a realidade exige posicionamento diante dela, ou seja, tomar uma atitude frente ao mundo e decidir-se em favor ou contra uma determinada situação. Nos processos democráticos, isso significa optar pela descentralização, em oposição à centralização do poder, como forma de participação ativa no processo de decisão. Ao propor ultrapassar a esfera da apreensão da realidade para uma esfera crítica da tomada de consciência, Freire explica que a conscientização não pode existir fora da práxis, ou seja, sem o ato ação-reflexão. “Esta unidade dialética constitui,

de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens” (FREIRE, 2001a, p. 30). Se tomadas nessa dimensão de reconstrução das práticas dos sujeitos, as falas expressam a possibilidade de transformações possíveis nos cotidianos dos processos de trabalho, tanto no âmbito do ensino, quanto do serviço.

“[...] eu acho bem importante essa Comissão, com membros da universidade e da Secretaria de Saúde, então consegue planejar e estudar sobre o andamento do Pró-Saúde, ter essa noção. [...] o papel é esse: fazer essa articulação” (Riobaldo - G).

Em relação a essa questão, os representantes do ensino ressaltam o aspecto pedagógico e de integração entre ensino e serviço, com vistas a consolidar os dispositivos do MS. A integração processa-se na problematização, no diálogo e, sobretudo, na transformação: da instância colegiada em um lugar de ensino-aprendizagem, da teoria em prática e dos espaços de saúde em “material escrito vivo”. Essa transformação traduz-se, também, nos sujeitos que compõem aquelas instâncias, pois a integração ensino-serviço está pautada no processo de educação, voltado à transformação social e não pode ocorrer sem levar em conta as reais necessidades dos sujeitos sociais, na esfera do seu contexto histórico e social (FREIRE, 2001a, 2005).

“Eu acho que esse é um espaço que faz a gente pensar mais sobre a importância disso [integração ensino-serviço], por estar nesse lugar, fica mais ligado, mais preocupado com as ações, e em fazer, em tomar esse cuidado [...] A partir das comissões, eu acho que se problematiza como os projetos podem ser implementados, a partir de como cada espaço tem visto, como o ensino vê, como que o serviço vê, eu acho que a gente avançou nesse processo” (Aurélia - E).

“[...] um local de estudo, um local parceiro no processo de implantação de reorientação da formação [...] acaba sendo um espaço pedagógico, e não tem nada mais interessante para transformar, ações que a gente pensa de prestação de serviços ou de formação, do que transformar instâncias em espaços pedagógicos, que se possa aprender continuamente [...] a gente está descobrindo os espaços de saúde como uma bibliografia como um material escrito vivo [...]” (Heathcliff - E).

Tais considerações sobrepõem-se à análise de Reibnitz (2004), sobre as propostas de formação que objetivam estimular a atitude crítico-

criativa dos estudantes, as quais precisam levar em conta a complexidade e a pluridimensionalidade? das relações, bem como o significado do trabalho docente. A capacidade criativa implica um processo de trabalho que permite a emancipação do próprio sujeito trabalhador, pois transforma o objeto em produto e ele – trabalhador – também, transforma-se nesse processo.

Além disso, é preciso considerar as relações entre teoria e prática num primeiro plano, em que a primeira depende da segunda “na medida em que a prática é fundamento da teoria, já que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 245).

Embora não percebam, ainda, uma articulação efetiva entre os cursos envolvidos, é apontada a possibilidade de refletir, entre outras coisas, tanto sobre as relações no âmbito do ensino, quanto sobre a relação desse com o serviço, num pensar constante, que monitora – “vigia” – o processo de trabalho e modifica o cotidiano:

“Eu acho que ainda não há uma articulação, mas uma aproximação entre os cursos. Acho que a Comissão Coordenadora facilita isso, tanto a comissão interna quanto a geral; esse cuidado [...] com a relação ensino serviço. [...] E o Comitê Gestor, eu acho que possibilita esse olhar mais atento, como se, de alguma forma, fosse uma vigilante do próprio trabalho [...] acho que são espaços que fazem a gente pensar” (Aurélia - E).

A transformação das relações sociais, como vista por Freire (2005), implica modificações nos modos de pensar e de agir dos sujeitos, um processo de conversão e conformação de novos valores. Assumindo-se como cidadãos, trocando a postura de expectador pela de sujeito, protagonista, o homem assume responsabilidades, compromete-se, participa e desenvolve o senso de pertencimento.

Pautando-se, nessas possibilidades, quanto às instâncias de gestão do Pró-Saúde, é possível considerar que, embora existam progressos significativos, as responsabilidades de cada segmento permanecem duvidosas. O ensino e o serviço são dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas ainda, distintas.

Ao assumir a estrutura colegiada, aposta-se na mudança, uma vez que as hierarquias organizacionais tradicionais abrem espaços que favorecem o compartilhamento do poder decisório. No caso estudado, a sua efetividade ainda depende da capacidade de negociação e da efetiva transformação dos sujeitos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tentar compreender como os fóruns gestores potencializam a integração ensino-serviço nesse município, os achados fazem perceber que o reconhecimento dos papéis de cada segmento nos fóruns gestores da proposta do Pró-Saúde, desenvolvida pela Unochapecó, em parceria com a SESAU e GERSA, apresenta um progresso lento em relação ao comprometimento de cada sujeito. Contudo, os interesses comuns e a delegação de poderes de representação que é conferida a cada representante parece contribuir para que as instâncias colegiadas possam estruturar-se numa base sólida e enriquecedora, com vistas ao desvelamento do processo de formação na área da saúde.

A falta de compreensão de alguns sobre o seu papel no exercício de gestão daquele processo, por vezes, causa um sentimento de não pertencimento e alheamento, o que faz supor que tal entendimento/envolvimento é fundamental para compor o todo do quadrilátero da formação.

As instâncias gestoras potencializam a integração ensino-serviço ao reconhecer esse espaço como dialógico. O conflito está presente, como acontece em todos os espaços coletivos de gestão, e nesse caso, ele tem a ver com a dialética do saber e do fazer, que se fazem representar pela universidade e pelo serviço de saúde, respectivamente. Vale lembrar que, nesses processos, o fundamental é saber conviver e lidar com os conflitos, por meio de ferramentas de gestão eficientes que possibilitem transformar relações de poder em interações mais horizontais e mais flexíveis e, nesse caso, essa estratégia parece incorporada pelos sujeitos.

Foi possível caracterizar espaços dialógicos, deliberativos e de aprendizagem, nos quais são criadas possibilidades de transformação do ensino, das práticas de saúde e, sobretudo, dos sujeitos que os constituem. Quando considerada essa dimensão de reconstrução das práticas dos sujeitos, é expressa a possibilidade de transformações possíveis nos cotidianos dos processos de trabalho, tanto no âmbito do ensino, quanto do serviço.

Finalmente, o estudo permitiu constatar que as instâncias colegiadas de gestão do Pró-Saúde são espaços que fomentam a realização de exercícios de cidadania e democracia, nos quais a palavra e o diálogo podem configurar-se como ferramentas poderosas.

Mediante a necessidade de formar pessoas que acreditem no diálogo e na democracia como forças que permitam aprender com os próprios erros e avançar para formas históricas de vida, ao trazer a

realidade dos serviços e da formação em saúde para discussão, os sujeitos que compõem o quadrilátero, nas instâncias de gestão do Pró-Saúde, reinventam-se e, gradativamente, também, reinventam a maneira de produzir saúde naquela região.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. [documento internet] 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda, pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no. 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 78 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Ministério BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**[documento internet] 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 2012. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BREHMER, L. C. F. **A Integração Ensino-Serviço em Experiências do Pró-Saúde na Enfermagem/SC:** estratégia para a consolidação da atenção básica à saúde. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. 240 p.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, G. V.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia:** apoio e cogestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. 402p.

CARVALHO Y. M.; CECCIM R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 137-70.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, H. O. G.; KALIL, M. E. X.; SADER, N. M. B. Red UNIDA: Un nuevo actor social em El campo de lãs políticas públicas. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L., LLANOS, C. M. (editores.) **La educación de los profesionales de la salud em latinoamerica:** teoría y práctica de un mo-vimiento de cambio. São Paulo, Buenos Aires, Londrina: Hucitec, Lugar Editorial, Ed. UEL, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-163, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Centauro, 2001a, 116p.

_____. **Educação como prática da liberdade.** 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007, 158 p.

_____. **Educação e Mudança.** 34. Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Extensão ou Comunicação.** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006, 93 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e educação: ensaios.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001b (Coleção Questões de Nossa Época; v. 23).

_____. **Professora sim, tia não: Cartas a quem ousa ensinar.** 23. Edição, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da Pergunta.** 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011, 232p.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor.** 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008, 224 p.

KISIL, M., CHAVES, M. Introdução ao Programa UNI. In: FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde.** Battle Creek, EUA, 1994.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.**, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, J. S. M. Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e do agir comunicativo. In: PINHEIRO, R.; SILEIRA, R. LOFEGO, J.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.).

Integralidade sem fronteiras: itinerários da justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

PIMENTA, A. L. A Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.29-45, 2012.

REIBNITZ, K. S. Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p. 698-702, 2004.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 26-33, 2003.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. 2. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociais – Clacso: São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SCHIMIDT, S. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia nos serviços de atenção básica**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem), - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008, 181 p.

TOMBINI, L. H. T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

UNOCHAPECÓ. **Comitê Gestor Local do Pró-Saúde**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012a.

UNOCHAPECÓ. **Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde Local:** gestão 2012-2013. Chapecó, 2012b.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

5.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: CONQUISTAS E DESAFIOS NO CONTEXTO DA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: CONQUISTAS E DESAFIOS NO CONTEXTO DA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO NA SAÚDE

TEACHING-SERVICE INTEGRATION: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES IN THE REORIENTATION CONTEXT OF HEALTH TRAINING

INTEGRACIÓN DE DOCENTE-ASISTENCIA: LOGROS Y RETOS EN EL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN DE LA REORIENTACIÓN EN SALUD

RESUMO

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que objetiva descrever como os representantes do ensino, atenção, gestão e controle social percebem a integração ensino-serviço, no âmbito das instâncias intersetoriais – Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral – da proposta integrada Pró-Saúde Unochapecó, Secretaria da Saúde e Gerência Regional de Saúde de Chapecó, sinalizando as conquistas e os desafios desse processo na reorientação da formação em saúde. A produção e registro das informações ocorreu mediante entrevistas focadas com membros do quadrilátero, observação direta das reuniões das instâncias e leitura documental, de outubro de 2012 a abril de 2013. O tratamento das informações ancorou-se na proposta operativa para análise de dados qualitativos. Emergiram as categorias: A integração ensino-serviço:

casamento de diferentes saberes; A integração ensino-serviço acontece na ponta; A integração ensino-serviço implica o reconhecimento do tempo e do espaço de cada um e A integração ensino-serviço requer investir num objetivo comum: o Pró-Saúde entra na pauta. Os resultados distinguem que essa forma de gestão e acompanhamento do Programa, somada às ações desenvolvidas, vêm consolidando a parceria entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, por meio do diálogo, da negociação, do respeito às diferenças e à alteridade.

DESCRITORES: Formação de Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde; Política de Educação Superior; Gestão em Saúde; Serviços de Integração Docente-Assistencial.

ABSTRACT

Qualitative research case study which aims at describing how the teaching, attention, management and social control representatives perceive the integration teaching-service, related to the intersectorial instances - Local Management Committee and General Coordinating Commission - from Pro-Health integrated proposal of Unochapecó, Health Department and Regional Health Management Department of Chapecó, signaling the achievements and the challenges of this process in the reorientation of health training. The information production and record occurred through interviews focused on the members of the four-way approach, direct observation of meetings in the instances and documental reading, from October 2012 to April 2013. The treatment of information was based on the operative proposal for the analysis of qualitative data. The categories emerged: The integration teaching-service: union of different knowledge; The integration teaching-service happens at the end; The integration teaching-service requires implies the recognition of time and space of each one and The integration teaching-service requires investing on a common objective: Pro-Health is discussed. The results distinguish that this management approach and the Program follow-up, together with the developed actions; have been consolidating the partnership between the teaching institution and the health service; through dialogue, negotiation, respecting the differences and through alterity.

DESCRIPTORS: Human Resources Formation; Unified Health System; Higher Education Policy; Health Management; Teaching Care Integration Services.

RESUMEN

Investigación cualitativa estudio de caso que tiene como objetivo describir cómo los representantes de la enseñanza, la atención, la gestión y el control social perciben la integración docente-asistencial en el contexto de los órganos intersectoriales - Comité de Gestión Local y Comisión Coordinadora General - de la propuesta integrada Pro-Salud Unochapecó, Departamento de Salud y Gestión Regional de Salud de Chapecó, señalando los logros y desafíos de este proceso en la reorientación de la educación para la salud. La producción y grabación de las informaciones ocurrió a través de entrevistas enfocadas con miembros del cuadrilátero, la observación directa de las reuniones de los órganos y de lectura de documentos, desde octubre 2012 hasta abril 2013. El tratamiento de las informaciones estaba anclado en la propuesta operativa para el análisis de datos cualitativos. Surgieron categorías: La integración docente-asistencia: el matrimonio de los diferentes saberes; La integración docente-asistencia ocurre en la punta; La integración docente-asistencial implica el reconocimiento del tiempo y el espacio de cada uno y la integración docente-asistencial requiere invertir en un objetivo común: Pro-Salud entra en el orden del día. Los resultados se distinguen que esta forma de gestión y seguimiento del Programa, añadida a las acciones desarrolladas, vienen consolidando la colaboración entre la institución educativa y el servicio de salud, a través del diálogo, de la negociación, del respeto a las diferencias y la alteridad.

DESCRIPTORES: Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Política de Educación Superior; Gestión en Salud; Servicios de Integración Docente Asistencial.

INTRODUÇÃO

Nos serviços que compõem as redes de atenção à saúde no Brasil, apesar das iniciativas de articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), ainda é comum gestores definirem prioridades sem considerar a disponibilidade das Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos na área da saúde, sem ouvir o controle social ou os estudantes, assim como, não são exceções as universidades que pautam suas ações em demandas de mercado, desarticuladas da real necessidade dos serviços. Sabe-se, porém, que viabilizar a mudança

efetiva na formação de profissionais atuantes na área da saúde, implica a transformação das práticas clientelistas, antidemocráticas e não integradoras, hegemônicas na academia e na assistência à saúde (DAROS, 2006).

A fim de contribuir com essa necessária mudança, os Ministérios apostam em ações estruturantes interministeriais, como dispositivos que favorecem a reorientação da formação na área da saúde. Dentre essas ações, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, visa a incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2007). Com tais prerrogativas, o Pró-Saúde ancora-se na proposta de envolvimento recíproco entre uma IES – mundo do ensino – e uma instituição de serviço – mundo do trabalho, que propõem o desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do SUS.

Os pressupostos teóricos que fundamentam tais estratégias remetem ao processo de educação voltado à transformação social, apoiado na relação entre o conteúdo e a realidade, que implica a integração ensino-serviço, e só é possível mediante a análise das condições reais dos sujeitos, no âmbito do seu contexto histórico e social (FREIRE, 2001a; 2001b; 2005; 2007). Nessa perspectiva, o espaço pedagógico não se esgota em sala de aula, mas implica a vivência no mundo do trabalho, rico em experiências de aprendizagem, mas que precisa ser construído pedagogicamente, de acordo com a interposição crítico-criativa dos sujeitos envolvidos no processo (REIBNITZ; PRADO, 2006).

Assim, o envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço, com vistas à construção e desenvolvimento de propostas conjuntas no âmbito da formação e desenvolvimento profissional na área da saúde, torna possível a integração entre teoria e prática, colocando-se a serviço da reflexão e transformação da realidade (práxis⁴³). A partir desses requisitos, elabora-se a educação problematizadora, esforço permanente por meio do qual os sujeitos se percebem criticamente no

⁴³ A “práxis” é a ação-reflexão-ação, desvelada por Freire (2005; 2006) como possibilidade transformadora da realidade, como fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si e mediatizados pelo mundo. É por meio da práxis que se torna possível superar a contradição opressor-oprimido.

mundo, buscando soluções adequadas e comprometendo-se com a resolução dos problemas encontrados (FREIRE, 2001a; 2001b; 2005).

Para acompanhar, monitorar e avaliar os projetos que compõem o Pró-Saúde, foram instituídas, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019/2007, as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, no âmbito do território, em que a proposta é desenvolvida. Essas Comissões devem ser compostas pelo coordenador dos projetos e por representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes dos cursos envolvidos no Pró-Saúde (BRASIL, 2007). Acredita-se que tais instâncias intersetoriais configuram-se como espaços promotores de ações de integração ensino-serviço, na medida em que se pautem em uma dinâmica democrática, dialógica e participativa e estejam voltadas ao planejamento e desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes com a realidade local.

A proposta integrada Pró-Saúde, articulada junto à Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Secretaria de Saúde (SESAU) de e Gerência Regional de Saúde (GERSA) da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó, município situado na região oeste do Estado de Santa Catarina, tem o propósito de consolidar o compromisso de promover mudanças na formação profissional e nos processos de educação permanente, com foco na realidade loco-regional. O processo de reorientação da formação é acompanhado por um Comitê Gestor Local (CGL) e por uma Comissão Coordenadora Geral (CCG), instâncias de interlocução entre os representantes das duas estruturas, com vistas ao acompanhamento e aperfeiçoamento da proposta.

Estudos sobre o Pró-saúde evidenciam muitos desafios para que a proposta venha a se firmar como um programa de reorientação do ensino a partir da realidade locorregional e da prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2007), sendo necessário o interesse e a corresponsabilização, por parte de todos os envolvidos (IES, profissionais, gestores e usuários do serviço) no ideário de formar profissionais resolutivos. Dessa forma, ao se estabelecer uma articulação entre esses importantes sujeitos, minimizariam-se os entraves que vão surgindo em sua operacionalização (SILVA, *et al.*, 2012; MORAIS, *et al.*, 2010).

Frente a este cenário, esse estudo teve por objetivo descrever como os sujeitos que compõem as instâncias intersetoriais do Pró-Saúde percebem a integração ensino-serviço, no âmbito de tais estruturas de gestão do Programa, sinalizando as conquistas e os desafios desse processo na reorientação da formação em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso, método de pesquisa, utilizado para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e em que o fenômeno sob estudo é contemporâneo, localiza-se em um contexto da vida real. O caso é “único”, pois configura-se como típico, ou seja, o objetivo da investigação é “captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum” (YIN, 2010, p. 72).

Das instâncias selecionadas para o estudo de caso participam representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, os quais compõem o “quadrilátero da formação do SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Do Comitê Gestor Local do Pró-Saúde fazem parte representantes dos quatro segmentos, sendo: coordenação local (ensino); representantes do corpo gestor da IES; representantes do corpo docente; representantes da SESAU; representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS); representantes do corpo discente – Diretório Central dos Estudantes (DCE) e estudantes representantes da Liga Acadêmica da Saúde da Família⁴⁴ –; representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); representantes da GERSA e profissionais de saúde representantes do PET-Saúde⁴⁵ (preceptores); totalizando 16 integrantes titulares. Esta instância tem como objetivo acompanhar o processo de execução do Programa e ser canal de interlocução com seus representantes, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012a).

A outra instância, Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde, conta com representantes do corpo gestor da IES; representantes dos cursos envolvidos na proposta – pelo menos um de cada curso –; representantes da SESAU e GERSA de Chapecó e representantes da CIES; com 23 integrantes titulares. A Comissão tem como propósito

⁴⁴ A Liga Acadêmica da Saúde da Família é uma entidade acadêmica que compartilha os mesmos objetivos do centro acadêmico, ou seja, a pesquisa, o ensino e, neste caso, a assistência à saúde da família. As Ligas são compostas por estudantes e profissionais da área tema da Liga, e contam com certa autonomia em relação à universidade. Sua gestão cabe aos acadêmicos, auxiliados pelos profissionais (geralmente médicos).

⁴⁵ O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (trabalhadores dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

realizar a mediação e a articulação no diálogo com os pares, orientando/esclarecendo os autores dos projetos e demais envolvidos, motivando-os a se engajarem no processo e acompanhando a execução das atividades (UNOCHAPECÓ, 2012b).

Com tais propósitos, essas estruturas reúnem-se, em assembleias mensais, majoritariamente, na Unochapecó, conformando espaços de planejamento, nos quais os membros podem acompanhar o desenvolvimento da proposta como um todo. Tratam-se de momentos para relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde.

Para produção e registro das informações foram realizadas entrevistas focais (YIN, 2010), observação direta e análise documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

O estudo contou com a participação de 25 sujeitos, identificados como participantes nos fóruns, atualmente, sendo estes os que participavam dos momentos de observação das reuniões. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora, totalizando 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três membros da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos (gestão, atenção, controle social e ensino). Os participantes do estudo foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, quando se observou a caracterização de um determinado padrão nas falas, que expressava a suficiência de informações para o estudo.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter participado de uma das instâncias intersetoriais relacionadas à gestão do Pró-saúde, e um dos quatro segmentos, no período 2006 a 2012 e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com os critérios, anteriormente, citados e que estavam aposentados ou afastados (licença médica, entre outras) no período da produção das informações da investigação. Os participantes são do sexo feminino, em sua maioria, oriundos de diferentes áreas de formação em saúde e com tempo médio de participação nas instâncias de dois anos e meio.

Realizaram-se, ainda, seis momentos de observação de reuniões do Comitê Gestor e da Comissão Coordenadora, devidamente registradas em

Diário de Campo. Esse instrumento de observação pré elaborado, continha Notas de Observação Descritivas (NOD), quanto aos aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Reflexivas (NOR), quanto aos processos de diálogo, participação, conflitos e outras observações do entrevistador.

Finalmente, foram utilizadas fontes documentais como: documentos de nomeação dos membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; atas das reuniões das instâncias; projetos das ações estruturantes de reorientação da formação em saúde (Pró e PET-Saúde); relatórios das ações desenvolvidas; publicações (trabalhos em eventos, artigos, livros); entre outros; tendo como propósito compreender a dinâmica das instâncias.

Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” (Minayo, 2013), a saber: *Pré-análise*: estruturada a partir da leitura exaustiva do conjunto das comunicações obtidas por meio das entrevistas e observações; *Exploração do material*: operação de codificação das informações brutas, a fim de alcançar o núcleo da compreensão do texto; *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: expressão de concepções relacionadas às categorias já definidas pelo referencial teórico ou que emergiram das informações, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A análise teve como suporte o referencial teórico do educador e cientista social Paulo Freire.

Ressalta-se, entre os aspectos éticos, considerados para realização deste estudo, a aquisição de permissão das instâncias envolvidas, bem como do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466/12 (BRASIL, 2012). Após apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, as falas de cada um dos entrevistados foram identificadas por codinomes de escolha da pesquisadora.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As reuniões de ambas as instâncias – Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde – acontecem mensalmente, mediante cronograma elaborado semestralmente; as pautas são encaminhadas previamente aos participantes. Os encontros são mediados pela coordenação local e propõem-se a estabelecer um espaço para o encontro entre os diversos representantes do quadrilátero. Com vistas a

acompanhar o processo de execução do Pró-Saúde, o Comitê Gestor atua como canal de interlocução entre os representantes da gestão, do ensino, da atenção e do controle social, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta. As reuniões têm sido utilizadas para a apresentação de projetos – dois por reunião – em que os presentes podem conhecer as propostas de ações e sugerir aprimoramentos, decidindo acompanhamentos a serem realizados.

A Comissão Coordenadora tem o propósito de apropriar-se do Pró-Saúde, conhecendo os projetos locais e formulando possibilidades de interação; propor formas de implementar as ações com os melhores resultados para todos os sujeitos envolvidos; articular o diálogo com os pares, motivando-os a se engajar no processo; formular estratégias e promover o fortalecimento da parceria entre a universidade e o serviço; acompanhar a execução dos projetos, prestando contas às instituições e à comunidade (UNOCHAPECÓ, 2012a; 2012b).

Nessa direção, a proposta de articulação entre a IES e os serviços de saúde configura-se como uma modalidade de cogestão do processo de trabalho colaborativo, em que os participantes compartilham poderes, saberes e recursos (FEUERWERKER; SENA, 2003). Espera-se, por meio dessa iniciativa, a integração de diferentes saberes, com vistas à transformação do ensino e da atenção à saúde, contextualizados com a realidade local.

A partir das entrevistas com os membros das instâncias gestoras e da observação das reuniões emergiram as seguintes categorias: **A integração ensino-serviço: casamento de diferentes saberes; A integração ensino-serviço acontece na ponta; A integração ensino-serviço implica o reconhecimento do tempo e do espaço de cada um, A integração ensino-serviço requer investir num objetivo comum: o Pró-Saúde entra na pauta.**

A Integração Ensino-Serviço: casamento de diferentes saberes

A ideia de uma aprendizagem autêntica, como prática da liberdade e respeito à autonomia, significa a tomada de consciência do mundo, por meio da percepção e reflexão sobre as mais variadas formas de ver e entender a realidade, os diferentes tipos de saber, também do valor de cada sujeito. À medida em que ocorre esse movimento, o homem percebe-se como ser social e, também, toma consciência do seu papel no mundo, pela possibilidade de transformá-lo – práxis. Ao compreender a sua condição de ser inacabado, o homem torna-se ético e percebe que “os

homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p. 75).

Com base nesse ideário, foi possível refletir, quanto ao caso estudado, que a aproximação entre o ensino e o serviço, alavancada pela proposta integrada Pró-Saúde, provocou a reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, suscitando o desejo de transformá-las, por meio de possibilidades de “fazer diferente”, mediante a inserção do acadêmico no mundo da prática e do profissional no mundo do saber:

“[...] [a integração ensino-serviço] é uma reflexão, é quando você começa a olhar o que está sendo feito, como está sendo feito, por que está sendo feito daquela forma, e quais as possibilidades de você fazer diferente, mas que isso tenha um impacto positivo! [...] a integração é importante, porque ele, o acadêmico, puxa para a reflexão e o profissional para um pouquinho pra pensar em como ele vai atuar” (Bibiana - G).

O homem, como ser social e histórico, encontra-se imerso em uma rede de relações, com base em um determinado contexto histórico. Seu cotidiano, portanto, está condicionado social e historicamente, e influencia a visão que tem sobre sua própria atividade prática (FREIRE, 2001a; 2001b; 2005). Assim, ao permitir a justaposição entre os mundos do ensino e do trabalho, os sujeitos abrem-se a diferentes possibilidades, olhando sob outros prismas.

Os participantes do estudo percebem a integração ensino-serviço como um encontro entre a universidade e o serviço, um “casamento de saberes próprios”, no qual é preciso buscar pelo consenso na tomada de decisões, por meio do diálogo entre as partes, como pode ser constatado nas falas a seguir:

“[...] é o encontro entre a universidade com o serviço, para facilitar tudo!” (Iracema - E).

“O Comitê Gestor possibilita esse encontro importante do serviço e da universidade [...]” (Guiomar - E).

“[...] um debate [...] esse sentar na mesa com diferentes pessoas acaba sendo um grande fator na relação ensino-serviço” (Heathcliff - E).

“[...] é um casamento de saberes próprios. É como se fosse, numa metáfora, um pai e uma mãe que vão criar um filho, que é o aluno.

A mãe tem sua bagagem e o pai tem sua bagagem, então, eles conversam sobre isso e fazem o filho! Agora, até numa lógica bem psicanalítica, se a mãe diz uma coisa e o pai diz outra, o filho tem problemas. Agora se mãe e pai têm a mesma linguagem, o filho é mais saudável!” (Emma - A)

Fica subentendida, nessas interpretações, a compreensão dos sujeitos quanto à integração ensino-serviço como compromisso com a transformação, mediante à problematização da realidade, como caminho para a libertação e para a utopia⁴⁶ que Freire (2005) sustenta.

Para Freire (2005), a “co-laboração”, como parte importante da ação dialógica, ocorre, necessariamente, entre os sujeitos, ainda que com diferentes funções, mas cuja responsabilidade só pode realizar-se mediante à comunicação entre eles. Sendo assim, não cabe na teoria dialógica uma relação vertical, mas sim sujeitos que se encontram, para a pronúncia e a transformação do mundo. Nos processos de gestão colegiada na área da saúde, as funções gestoras exercem-se entre sujeitos com diferentes níveis de saber e de poder, os quais estabelecem contratos pautados no diálogo e no consenso, na perspectiva de uma rede operacional (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

No contexto da tentativa de acertar, as relações são pautadas no encontro, e a integração entre teoria e prática ocorre em espaços dialógicos em permanente sintonia, os quais, para Schmidt (2008) podem ser representados como mundos em transformação: o mundo do trabalho em saúde e mundo da educação em saúde. Quando em intersecção, esses espaços particulares transmutam-se em algo novo, como uma imagem objetivo, na qual é possível instituir-se o diálogo com outras realidades, originando novos fatos. Abers e Keck (2008), corroborando com o discurso dos sujeitos entrevistados, descrevem essas relações como criativas e “fecundas”, quando implicam o livre movimento dos indivíduos, mediante seus diferentes pontos de vista.

A integração ensino-serviço acontece na ponta

A integração ensino-serviço “acontece na ponta”, pois o cotidiano das ações do Pró-Saúde estabelece a relação estudante/profissional de saúde/comunidade, num movimento de mão dupla, onde todos se beneficiam. O estudante, com uma formação

⁴⁶ A utopia, para Freire (2005), é a conquista/possibilidade que se faz no exercício permanente do diálogo e na luta, como imperativos éticos que permitem que todos se sintam sujeitos do seu pensar, discutindo com seus pares a sua visão de mundo.

contextualizada na realidade, o profissional de saúde pela possibilidade de atualizar-se e a comunidade por receber uma atenção diferenciada. A reunião entre gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde, além da representação estudantil, no âmbito da formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, tem um papel de facilitadora dessa integração, por meio de protagonismos e relações dialógicas que ocorrem em um nível gerenciador do processo, mas que se revelam na prática do ensino e/ou do serviço.

Essa configuração foi elucidada pelos sujeitos do estudo, quando consideram a participação do usuário nos processos de reorientação da formação e afirmam que a integração acontece, de fato, “na ponta”, por meio da aproximação do estudante com as unidades de saúde, trabalhadores e usuários, numa relação que pressupõe a troca e atualização de saberes.

“É muito positivo [integração ensino-serviço] no sentido de que o estudante vai conhecer como é o serviço público de saúde e vai interferir, e para o profissional de saúde, ele tem acesso a atualizações, porque à medida em que o estudante está lá, está-se preparando e fazendo com que o profissional busque informações [...] E ainda, tem o resultado para o usuário, quando consegue trazer o usuário para discussão, [...] que eles [os demais segmentos] percebem o usuário como alguém com voz e com necessidades [...] Na ponta, pelos relatos que são trazidos, aí, sim, há essa integração dos estudantes com os profissionais de saúde, a Unochapecó indo para as unidades de saúde, as unidades aproximando-se da universidade, isso acontece!” (Mr. Darcy - CS).

A noção que se apresenta denota a relativização da integração ensino-serviço, que para o sujeito entrevistado, é perceptível na esfera de realização das práticas assistenciais, com a presença do estudante no serviço e com a possibilidade de o profissional reaproximar-se da academia. Tal percepção faz refletir que, se são estabelecidas relações de efetivo intercâmbio entre os discentes, docentes, usuários e profissionais nos cenários da prática, isso se deve em grande parte, à articulação da gestão desse processo. Esse movimento materializa-se na ponta, contudo, é fruto de aproximações e acordos que iniciam nas bases organizacionais dos setores.

Ao considerarem-se os marcos legais, os dois setores - saúde e educação - devem ocupar-se da formação na área, de forma articulada, a fim de promover a colaboração técnica entre os respectivos Ministérios

(HADDAD *et al.*, 2006) e submetendo as principais decisões à participação popular (BRASIL, 2004). Nesse contexto, o elemento comunidade pressupõe a noção de responsabilidade social do ensino, que precisa estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e a possibilidades de mudança que envolvem o controle social. No componente ensino, além do reconhecimento dos papéis de dirigentes e docentes, destaca-se a articulação com o movimento estudantil como elemento político das instituições formadoras (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

As falas, também, fazem perceber a atribuição da gestão, de fomentar a compreensão e a aceitação da comunidade, por meio do diálogo com esta sobre as iniciativas do Pró-Saúde, como dispositivo de mudança, sobretudo tendo em conta a resistência da comunidade às intervenções realizadas por estudantes.

“[...] se os conselheiros levam isso bem, a comunidade aceita bem, porque também existe uma questão de resistência da própria comunidade de aceitar serviços de projetos que envolvem alunos” (Alice - CS).

“[...] se a gestão, também, não está acompanhando as iniciativas dos trabalhadores da saúde, aliando-se e tentando mudar e atender aos pedidos de mudança, as coisas não acontecem!” (Bibiana - G).

Ainda sobre a presença do estudante no serviço, os participantes do estudo apontam benefícios, quando o trabalho, por eles realizado, representa “um bônus” no atendimento, para o usuário, ou um dispositivo para a Educação Permanente dos profissionais.

“O usuário, quando chega, não se assusta em ver o acadêmico, porque ele sabe que o acadêmico está ali para oferecer uma coisa diferente daquilo que o trabalhador, costumeiramente oferece. [...] Eles [os usuários] aceitam como um bônus [...]” (Bibiana - G)

No que diz respeito às possibilidades visualizadas na integração do estudante e do professor com o serviço, e como isso implica o profissional/atenção, os gestores asseguram que a presença discente enriquece a experiência dos profissionais da rede de Atenção Básica (AB) e sugerem que os projetos poderiam mobilizar uma parceria mais efetiva entre trabalhador e acadêmico, a fim de que o primeiro sinta-se mais valorizado.

“[...] essa aproximação enriqueceu também a vivência, a experiência dos profissionais da rede” (Riobaldo - G).

“[...] eu percebo que não existiram mais essas mostras⁴⁷, e essas mostras fizeram uma mudança muito grande, sentiam-se valorizados como trabalhadores da saúde, porque foi uma iniciativa deles, de criar! [...] Eu acho que nessa integração, essas mostras deveriam ser integradas mesmo, o trabalho, o projeto que hoje está sendo feito do PET, por exemplo, tinha que ter o trabalhador escrevendo, construindo junto e mostrando depois” (Bibiana - G).

Uma vez mais, nas falas, estão ilustrados aspectos desse envolvimento entre os sujeitos no contexto do cotidiano do serviço, com influência permanente de um sobre o outro. Elas asseguram que a participação da equipe de saúde no estabelecimento das relações entre universidade e serviço de saúde, no âmbito da reflexão coletiva dos processos de trabalho, é determinante à efetividade da formação dos estudantes e, também, da educação permanente dos profissionais, em âmbito local.

Coerente com tais informações, Freire (2001a; 2009), destaca a educação como um processo coletivo, permanente e cotidiano, por meio do qual é possível agir e refletir, transformando a realidade. A importância da reflexão crítica sobre a prática no processo de aprendizagem reside na conscientização e no conseqüente compromisso com a mudança. Os profissionais de saúde, nessa perspectiva, precisam manter-se em permanente aprendizagem, reconhecendo-se como sujeitos integrantes do processo educativo, com vistas a reflexões nas práticas dos serviços e à transformação e qualificação desejadas. A permanência da educação compõe a essência dos seres humanos, na medida da sua finitude e da sua consciência sobre tal finitude (FREIRE, 2001b; 2011).

No decorrer das reuniões das estruturas intersetoriais investigadas, as notas de observação sobre essas questões confirmam as falas dos sujeitos. Quando questionados pela coordenadora local do Pró-Saúde sobre sua percepção a respeito da integração ensino-serviço, os representantes dos segmentos manifestam:

⁴⁷As “Mostras Regionais de Saúde da Família” são organizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, bianualmente, nas quais as equipes de saúde do Estado têm a oportunidade de apresentar trabalhos desenvolvidos nos seus territórios de atuação, em eventos regionais e estadual, podendo ser premiadas mediante incentivo financeiro e viagem para Brasília, Distrito Federal, a fim de participar da Mostra Nacional de Saúde da Família.

“[...] é uma invasão necessária da instituição de ensino no serviço”. (NO – representante do segmento gestão)

“O Pró e o PET-Saúde são dispositivos que figuram como ponte de ligação entre o ensino, o serviço e a comunidade”. (NO – representante do segmento atenção)

Do conjunto de argumentos que distinguem a integração ensino-serviço como fator indispensável para assegurar o desenvolvimento da formação de recursos humanos na área da saúde, foi possível visualizar o Pró-Saúde como desencadeador de um vínculo que se firmou nessa “invasão necessária” da universidade no serviço, na qualidade de elemento crítico e, também, financeiro, importantes para a sua qualificação.

“[...] quando o Pró-saúde chegou, foi como que a Secretaria de Saúde fosse invadida pela universidade, mas era uma invasão necessária, porque era justamente onde a crítica externa existia” (Bibiana - G).

“[...] os elementos, inclusive financeiros, dos dispositivos interministeriais beneficiam o serviço” (NO – representante do segmento ensino).

As ações estruturantes interministeriais, sobretudo a proposta integrada Pró-Saúde, designadas como “dispositivos” de ligação entre os setores, são fortalecidas pela possibilidade de reflexão sobre a ação, como principal contribuição dessa parceria. A Educação Permanente dos profissionais e a atenção às necessidades do serviço, também, são consideradas pontos fortes desse encontro. No serviço de saúde, as dificuldades parecem estar relacionadas, sobretudo, à resistência da população à presença do estudante no serviço e à falta de estímulo/valorização da inserção do profissional no processo. Em ambos os casos, as relações entre os sujeitos que fazem parte do processo, principalmente em nível gerencial, são fundamentais para que a parceria consolide-se “na ponta” – cenário da prática assistencial.

A integração ensino-serviço implica o reconhecimento do tempo e do espaço de cada um

Para Freire (2009, p. 16), “O erro na verdade não é ter um certo ponto de vista, mas absolutizá-lo e desconhecer que, mesmo do acerto de seu ponto de vista, é possível que a razão ética nem sempre esteja com ele”. A partir de tais argumentos, o educador argumenta sobre o respeito aos relativos papéis, pontos de vista e tempos de cada um em um processo educativo, sinalizando que, na relação educador educando, “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 2009, p. 25).

Em se tratando da universidade, como lócus do saber, e do serviço, como lócus da prática, os participantes desse estudo dão visibilidade às suas percepções quanto aos enfrentamentos que ocorrem na necessária aproximação entre eles. As relações que se pretendem fecundas, criativas, precisam estar ancoradas na alteridade, cujo conceito implica a possibilidade de colocar-se no lugar do outro, de dialogar, porém, sem anular a criatividade do outro. No ideário de Freire (2011, p. 37), o fato de estar no mundo faz do homem um ser de relações, capaz de relacionar-se, de sair de si e projetar-se no outro, transcendendo. Dessa maneira, pode “distinguir órbitas existenciais distintas de si mesmo”. É nessa perspectiva que deve constituir-se a integração ensino-serviço. Sem a prática, a teoria constitui-se em puro “verbalismo”, assim como a prática sem teoria, não passa de “ativismo”. Contudo, quando se reúnem teoria e prática, obtém-se a práxis, como ação criadora e transformadora da realidade (FREIRE, 2009).

A inserção do estudante e do professor no serviço repercute para o profissional/atenção, ainda que nem todos os trabalhadores concordem em dividir o espaço com a academia.

“[...] às vezes atrapalha, e não são todos os profissionais que aceitam estar dividindo espaço com a academia, porque sempre há aquela preocupação: eles estão-me observando, eles estão vendo como eu faço, será que eu estou fazendo, existe uma preocupação com a crítica” (Bibiana - G).

O representante do segmento gestão refere que o profissional depende de tempo para dar atenção ao aluno e que precisa estar mais preparado para esse processo. Além disso, aponta que os profissionais não se sentem parte do processo. Já para a estudante que representa o ensino, os profissionais do serviço não apreciam a presença do estudante.

“[...] o acúmulo de informações, um tempo distendido do próprio profissional em dar atenção para esse aluno, a rotina [...] falta preparar

esse profissional que vai receber esse aluno, simplesmente ele é como que obrigado e ponto final [...]Então, talvez ele nem se sinta como um ator presente no sentido de que ele vai colaborar com a formação do acadêmico, e que, depois, esse acadêmico virá para trabalhar, então, às vezes, falta esse olhar de sensibilização” (Anna Karenina - G).

“[...] parece que eles não gostam muito da presença do acadêmico” (Iracema - E).

Quando se confrontam a teoria e a prática na relação entre os mundos do trabalho e da educação, há uma suposta dificuldade em articular a proposição teórica à realidade dos serviços de saúde. Esses desafios, na concepção dos sujeitos que vivenciam a gestão do Pró-Saúde, parecem estar relacionados ao receio dos profissionais quanto às críticas e à falta de preparo e à sensibilização dos mesmos para esse convívio; mas, sobretudo, dizem respeito aos “tempos” de cada um – ensino e serviço. O tempo de cada setor, o tempo de cada sujeito, que implica a efetiva integração ensino-serviço como lócus de reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial em vigência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Existem claras diferenças entre o tempo do serviço e o tempo da academia, elas estão relacionadas à processos de trabalho que são próprios à finalidade de cada um desses espaços, de formação ou de produção da saúde.

Contudo, todos os sujeitos parecem estar convictos da necessidade de reconhecer, compreender e negociar as diferenças, na direção da mudança para um modelo que considere prioritárias às necessidades dos usuários. Afinal, toda mudança, também, requer tempo. Nesse sentido, os representantes da gestão se manifestam e as notas de observação elaboradas nas reuniões confirmam:

“[...] o acadêmico tem mais tempo para dar atenção, porque eles estão aqui fazendo um trabalho, uma passagem [...] A teoria é muito diferente da prática, e eu sei que é muito difícil para o professor, ou para o estudioso, o pesquisador, operacionalizar mesmo, com a rapidez que a gente faz no dia a dia, porque, normalmente, o professor não está atuando, eles estão no meio acadêmico, que é um meio de estudo! [...] o acadêmico vem com a realidade da formação e que nem sempre bate” (Bibiana - G).

“Um ponto falho é a própria questão da formação acadêmica, a graduação, o formato que existe ainda, as práticas dentro do nosso ambiente, esse é um ponto falho!” (Anna Karenina - G).

“Os tempos necessários ao entendimento da proposta são diferentes. O excesso de demandas do Pró-Saúde atrapalha. É preciso jogo de cintura para convencer o gestor sobre a importância dessa articulação” (NOD – representante do segmento gestão).

Corroborando com as manifestações da gestão, a representante do controle social considera que o ensino encontra dificuldades para compartilhar projetos com o serviço e que isso tem a ver com a comunicação entre ambos. A representante do ensino pondera a necessidade de considerar os diferentes pontos de vista. Já a representante da atenção, sobre isso, percebe a universidade como o espaço exclusivo do saber, que, nesta qualidade, não qualifica o serviço como elemento agregador de conhecimento. A gestão reafirma que as críticas da IES sobre o serviço, de falta de envolvimento e comprometimento, justificam-se no tempo escasso da assistência, que não permite refletir, escrever e divulgar o seu trabalho, ou ainda, na falta de devolutiva acerca das atividades acadêmicas realizadas nos cenários de prática.

“[...] o ensino está bem empenhado, que ele tem todo um projeto, porém, na hora de levar para o serviço, tem uma série de dificuldades, às vezes, as pessoas, que representam o serviço, também, talvez não consigam entender direito para levar isso para dentro do serviço, para dar aquele empurrãozinho a mais, para forçar [...]” (Alice - CS).

“Às vezes, eu acho que isso acontece e que patinamos em algumas coisas que poderiam ser mais fáceis pro outro lado, mas que um lado não vê como o óbvio” (Aurélia - E).

“Eu acho que isso é uma via de duas mãos. Eu tenho uma linhazinha que passa assim, a universidade, por ser o representante do saber, às vezes, também, coloca-se, assim: olha, eu te instrumentalizo, porque eu sei [...] eu acho que a prática pode, realmente, agregar mais, pode abrir discussões” (Emma - A).

“Eles [universidade] fazem o trabalho e não dão a devolutiva, se dão a devolutiva, nem sempre a devolutiva deixa perceber que o trabalho da gente está sendo bem feito, porque sempre pode mudar, não é?! O

trabalho da universidade normalmente é de uma crítica para mudança ou que aquilo que está sendo feito não é o suficiente. Mesmo quando está sendo feito muita coisa interessante pela equipe, a equipe não tem esse tempo necessário de escrever sobre isso, de contemporizar, de fazer um pôster, fazer um artigo” (Bibiana - G).

Os conflitos relacionados a esse enfrentamento entre os mundos do trabalho e da educação não são novidade. Estudos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; BATISTA, *et. al*, 2010; SILVA *et al.*, 2012) demonstram que é bastante comum encontrar docentes que se envolvem, mais veementemente, com atividades de pesquisa, deixando em segundo plano a prática de cuidados. De outro lado, os trabalhadores dos serviços, muitas vezes, estão mais envolvidos com as atividades rotineiras do cotidiano de trabalho, deixando de lado a educação permanente e tornando-se profissionais pouco atualizados. Há queixas que dizem respeito ao fato de a universidade explorar o serviço sem levar em consideração as necessidades locais e os trabalhadores que lá estão. Tal crítica amplia-se quando prevalece a noção de que os objetivos acadêmicos estão definidos a priori e não podem se afastar da estrutura previamente estabelecida. Censuras relacionadas à possibilidade de o usuário não aceitar o acadêmico e de este último representar algum risco ao primeiro, ou, ainda, críticas quanto à diferença entre a dialética da organização dos serviços, centrada na produtividade e em procedimentos técnico-operativos, e a dialética da instituição formadora, centrada na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos.

As proposições encontradas confirmam que o discurso teórico, necessário à reflexão crítica, como argumenta Freire (2011, p. 40), precisa ser tão concreto a ponto de confundir-se com a prática. “O distanciamento epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise deve dela aproximá-lo ao máximo”. Essa condição faz refletir sobre a necessidade de articulação teoria e prática, mundo do ensino e mundo do serviço, para que não se reproduza o ativismo (FREIRE, 2009).

Nessa relação, o diálogo é elemento fundamental, entre as diferentes formas de conhecimento, como um eixo integrador e incitante da alteridade e da transcendência dos sujeitos, no processo de formação. Reibnitz e Prado (2006), lembram da necessidade de compreender as relações de cultura e poder que permeiam os mundos da educação e do trabalho, que parecem estar além do controle do indivíduo. Para contornar tais enfrentamentos, a vivência na realidade precisa ser mediada por uma atitude investigativa, jamais passiva ou contemplativa do professor.

A integração ensino-serviço requer investir num objetivo comum: o Pró-Saúde entra na pauta

Toda ação coletiva requer um objetivo comum. Esse tem sido o papel do Pró-Saúde: reunir instituições com finalidades diferentes em prol da mudança do modelo, para melhorar a qualidade da atenção, o que requer mudanças na organização do serviço, nas práticas de cuidado e dos conteúdos e práticas de ensino em saúde. Isso só é possível mediante à negociação, que se faz na solidariedade, no respeito e no confronto com outras liberdades, na defesa dos direitos e em face a outras autoridades (FREIRE, 2011).

Os sujeitos que fazem parte do quadrilátero da formação, parecem ter a resposta para os problemas por eles detectados, que implicam a relação ensino-serviço, ou seja, investir no objetivo comum, tentar chegar a consensos, sem “levar diferenças para a guerra”.

“Ainda é preciso construir/organizar estratégias para melhorar a relação ensino-serviço. O serviço precisa comprometer-se, de acordo com a Lei 8080, não levar diferenças para a guerra e tornar o trabalho conjunto e eficiente” (NOD – representante do segmento ensino).

O objetivo principal do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço, com vistas à reorientação da formação profissional, assegurando a abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase, na AB, à saúde, promovendo transformações nos processos de construção de conhecimentos e de prestação de serviços à população. Nessa perspectiva, a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, como essência do Pró-Saúde, encontra-se como vetor específico do eixo ‘Cenário de Prática’, juntamente com a ‘Utilização dos diversos níveis de atenção’ e a ‘Integração dos serviços próprios da Instituições de Nível Superior (IES) com os serviços de saúde’.

Os sujeitos entrevistados manifestaram sua opinião quanto aos desafios do Pró-Saúde, na qualidade de iniciativa interministerial para reorientação da formação em saúde. Apontaram desafios relacionados à sustentabilidade do projeto, como refletem as falas do representante do controle social e da gestão:

“Eu fico pensando, como vai ser depois? Se não houver o financiamento do governo federal, será que o município, junto com a universidade, vai ter esse interesse em manter essa proposta de integração ensino-serviço? Será que os profissionais que estão ali, sem

receber as bolsas, será que eles vão ter essa disposição? Não percebi essa discussão, da sustentabilidade da ação [...]” (Mr. Darcy - CS).

“[...] esse movimento tem que se efetivar nos estágios, porque o Pró-Saúde tem as suas edições. É claro que a gente tem tido a felicidade de o Ministério reeditar. Mas, e se no próximo governo não for reeditado, o que efetivamente ficou?” (Capitu - G).

Assim, fica perceptível que os sujeitos estão conscientes de que o Pró-Saúde é mobilizador da reorientação da formação na área, nessa qualidade, é importante que permaneça acessível, talvez não no formato de um Programa, mas como estratégia política com vistas à reorientação. Dessa maneira, as instâncias de encontro dos sujeitos intersetoriais podem garantir que iniciativas de integração ensino-serviço sejam instituídas/institucionalizadas como processos mais contínuos e permanentes, que extrapolem a boa vontade e a adesão de sujeitos particulares.

Em relação à efetivação do Programa, os sujeitos referem que o Pró-Saúde ainda não se consolidou no serviço por questões pessoais e políticas, que o próprio MS ainda não encontrou a proposta equilibrada, demandando muito esmero por parte das instituições envolvidas.

“[...] dentro da instituição [serviço] a gente vê que ainda não se efetivou [parceria/Pró-Saúde][...] eu espero que isso se expanda como política do Ministério e que, realmente, ocorra essa reorientação, porque eles têm lançado as portarias, a gente tem aderido aos programas, mas as instituições têm, sempre, que estar correndo atrás” (Capitu - G).

No discurso dos participantes, vigora que o Pró-Saúde e o PET-Saúde configuram-se como propostas desarticuladas e que não têm continuidade. Consideram que os dados gerados em um projeto nem sempre são aproveitados. Isso determina, além de desperdício financeiro, desgaste, inclusive da população. Acreditam que se tratam de ações excessivamente burocráticas, que dificultam a gestão do recurso financeiro. Um dos pontos mais relevantes, contudo, tem a ver com a proposta do PET-Saúde, que, por envolver mais diretamente os profissionais do serviço, inclusive com auxílios financeiros, atua em paralelo e ofusca o Pró-Saúde.

“Muitas vezes, a gente não consegue saber se os projetos estão realmente acontecendo [...] Outra dificuldade que nós temos na

Secretaria é a questão da aquisição dos recursos financeiros [...] e toda uma parte burocrática [...] há aquela cobrança da parte da universidade, dos materiais, e nós, pela lentidão da nossa burocracia [...] Na minha leitura, o Pró foi bem ofuscado pelos PET e ficou meio de lado, isso foi uma falha [...] eles desenvolviam os projetos paralelos [...] o próprio Ministério peca em algumas coisas porque não incentivou que tivesse essa integração. [...] Nos relatórios finais a gente percebe [a mudança], mas eu acho que poderia ter ocorrido maior integração, que mais pessoas tivessem-se envolvido, a rede, principalmente, tivesse-se envolvido mais com os projetos” (Riobaldo - G).

Além do aspecto financeiro, por vezes mais valorizado do que a essência dos projetos, a continuidade da proposta esbarra ainda, segundo os componentes da estrutura colegiada de gestão, em questões políticas. Elas nem sempre atendem às necessidades reais, podendo estar atreladas à exigências do MS, para as quais a universidade, com anuência do serviço de saúde, “forçaria” uma demanda.

“[...] A Secretaria representa uma demanda, a Unochapecó prepara-se para atender à demanda, adéqua-se, de acordo com o edital [risos]. Então, tem tudo isso: vem o edital, ele diz o que pode e o que não pode, como vai ser e, dentro do que o edital propõe, a Secretaria apresenta uma necessidade e a Unochapecó vê como ela coloca, como ajeta isso nos cursos da área da saúde” (Mr. Darcy - CS).

A observação das reuniões, quanto aos comentários que ilustram os desafios do Pró-Saúde e das demais ações estruturantes interministeriais de reorientação da formação, confirma esses apontamentos, como se observa no discurso da representante do ensino:

“O próprio MS é fragmentado, reproduz em nível macro nossas ações e tenta aproximar, ora afasta da proposta original” (NO – representante do segmento ensino).

Todos esses achados deixam claro que não existe uma receita para construir um modo ideal de organizar e praticar a atenção à saúde, pois eles estão condicionados ao contexto locorregional. O Pro-Saúde é uma estratégia recente e, por esse motivo, necessita ser aprimorada. Os problemas parecem ter suas origens nas bases da proposta, estendem-se até sua operacionalização.

Contudo, há indicativos relevantes, que demonstram que o caminho tem a ver com um novo perfil de trabalho e de trabalhadores, com vistas à transformação das práticas e da própria organização do trabalho; e ainda, com uma relação à estreita e à desprovida de cerimonial entre o ensino e o serviço. Isso significa que, para além de um Programa, o Pró-Saúde precisa ser incorporado às instituições (de ensino e de serviço) como uma ideologia voltada a um objetivo comum, qual seja, a mudança do modelo de atenção à saúde, a partir da reorientação da formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito do Comitê Gestor Local e da Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde, os representantes do ensino, atenção, gestão e controle social percebem a integração ensino-serviço como um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças, pautados na alteridade e voltados à negociação, são fundamentais. Nessa direção, precisam ser respeitados os tempos e espaços de cada sujeito social, envolvido no mundo da educação, também, no mundo do trabalho.

O processo vivenciado pela Unochapecó e parcerias aponta para uma inicial invasão da universidade no serviço, que se torna cada vez mais necessária, transforma-se em um casamento de saberes, sólido e indissolúvel, entre esses dois mundos.

A integração parece acontecer, de fato, na ponta, ou seja, nos cenários de desenvolvimento da prática, contudo, isso pode ser decorrente da efetiva articulação da gestão do processo. Os acordos, que se iniciam nas bases organizacionais dos setores saúde e educação, desencadeiam o movimento de aproximação entre os mundos, o qual se materializa na ponta.

Os integrantes das estruturas colegiadas de gestão parecem compreender o Pró-Saúde como dispositivo para reorientação da formação na área e, como tal, precisa ser sustentado como estratégia política interministerial. As instâncias colegiadas intersetoriais, nessa direção, podem garantir a institucionalização de tais processos de integração ensino-serviço.

Foi possível identificar, portanto, que a relação entre os mundos do trabalho e da educação em saúde vêm-se consolidando a partir de interesses diversos, mas nem sempre antagônicos. A articulação essencial entre eles requer que os conflitos sejam superados, com base em movimentos emancipatórios e políticos, com vistas à transformação. Os níveis de envolvimento dos diferentes sujeitos, que compõem o

quadrilátero integrante das instâncias de gestão do Pró-Saúde, são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas de integração entre o ensino e o serviço.

REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 99-112, 2008.

ALBUQUERQUE, V. A. et al. A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Educ Médica**. v. 32, n. 3, p. 356 – 362, 2008.

BATISTA, M. J. et al. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. **Arq odontol.**, v. 46, n. 3, p. 144-151, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**[documento internet] 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CAMPOS, G. V.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. 402p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: PALMA, M. B. A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, 240p.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev 2003.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface - comunicação saúde educação**, Botucatu, v.15, n.39, p.1053-67, 2011.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001a, 116p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007, 158 p.

_____. **Educação e Mudança**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Extensão ou Comunicação**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006, 93 p.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa.43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e educação**: ensaios. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001b (Coleção Questões de Nossa Época; v. 23).

HADDAD, A. E. et al. A aderência dos cursos de graduação em Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.119-52. (Série F, Comunicação e Educação na Saúde)

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS, F. R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 442-9, 2010.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006, 240 p.

SCHIMIDT, S. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia nos serviços de atenção básica**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 181 p.

SILVA, M. A. M. et al. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v.16, n.42, p.707-17, 2012.

UNOCHAPECÓ. **Comitê Gestor Local do Pró-Saúde**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012a.

UNOCHAPECÓ. **Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde Local**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012b.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

5.4 PRÓ-SAÚDE: PROPOSIÇÕES PARA A MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE

PRÓ-SAÚDE: PROPOSIÇÕES PARA A MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO E FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE

PRO-HEALTH: PROPOSITIONS FOR CHANGE IN THE CARE MODELS AND THE HEALTH TRAINING OF HEALTH WORKERS

PRO-SALUD: PROPUESTAS DE CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

RESUMO

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que propõe desvelar contribuições do Pró-Saúde para a mudança nos modelos de atenção e de formação de profissionais da área. Envolveu representantes do ensino, atenção, gestão e controle social, que participam das instâncias de gestão – Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral – da proposta integrada da Unochapecó, Secretaria de Saúde e Gerência Regional de Saúde de Chapecó, Santa Catarina. A produção e registro das informações ocorreu mediante a entrevistas semiestruturadas, observações das reuniões das instâncias e leitura documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Emergiram as categorias: Pró-Saúde: articulação pedagógica entre os cursos e mudança do modelo assistencial; Pró-Saúde como mobilizador do território da práxis: comprometimento dos sujeitos; Pró-Saúde: a realidade como material bibliográfico vivo; Pró-Saúde: diferentes olhares e lugares no processo de formação. Os resultados distinguem o Programa como dispositivo para a transição de modelos de atenção e formação em saúde, ao promover a problematização do cotidiano do trabalho e aproximação entre ensino e serviço. Salientam a importância do comprometimento dos sujeitos e dos diferentes olhares sobre necessidades reais da comunidade.

DESCRITORES: Formação de Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde; Política de Educação Superior; Gestão em Saúde; Atenção

Primária à Saúde; Serviços de Integração Docente-Assistencial.

Qualitative research case study that aims at finding out the contributions of Pro-Health to a change in the care models and the health training of this professional area. It involved representatives from teaching, attention, management and social control, who take part in the management instances - Local Management Committee and General Coordinating Commission - from the integrated proposal of Unochapecó, Health Department and Regional Health Managing Department of Chapecó, Santa Catarina. The information production and record occurred through semi-structured interviews, observations from instance meetings and documental reading, from October 2012 to February 2013. The categories emerged: Pro-Health: pedagogical articulation among the courses and change of the supportive model; Pro-Health as a mobilizer of the praxis territory: commitment of individuals; Pro-Health: the reality as live bibliographical material; Pro-Health: different looks and places in the health training process. The results distinguish the Program as a device for the transition of care models and health training, since it promotes the problematization of work everyday and the approach between teaching and service. They enhance the importance of individuals' commitment and different looks about the real necessities of the community.

DESCRIPTORS: Human Resources Formation; Unified Health System; Higher Education Policy; Health Management; Primary Health Care; Teaching Care Integration Services.

RESUMEN

Investigación cualitativa estudio de caso que propone dar a conocer las contribuciones de Pro-Salud para el cambio en los modelos de atención y formación de profesionales en el área. Participaron representantes de la enseñanza, atención, gestión y control social, que participan en los órganos de gestión - Comisión de Gestión Local y Comisión Coordinadora General - de la propuesta integrada de la Unochapecó, Departamento de Salud y Gerencia Regional de Salud de Chapecó, Santa Catarina. La producción y grabación de las informaciones ocurrió a través de entrevistas semi-estructuradas, observaciones de las reuniones de los órganos y de lectura de documentos, entre los meses de octubre de 2012 y febrero de 2013. Surgieron categorías: Pro-Salud: la articulación pedagógica entre cursos y cambio en el modelo de atención de la salud,

Pro- Salud como un movilizador del territorio de la praxis: el comprometimiento de los sujetos, Pro - Salud: la realidad como material bibliográfico vivo, Pro- Salud: Diferentes miradas y lugares en el proceso de formación. Los resultados distinguen el Programa como un dispositivo para la transición de los modelos de atención y educación para la salud, promover el cuestionamiento del trabajo cotidiano y de acercamiento entre la educación y el servicio. Destacan la importancia del comprometimiento de los sujetos y las diferentes perspectivas sobre las necesidades reales de la comunidad.

DESCRITORES: Formación de Recursos Humanos; Sistema Único de Salud; Política de Salud; Health Management; Atención Primaria de Salud; Servicios de Integración Docente Asistencial.

INTRODUÇÃO

A transformação paradigmática, que se deseja na área da saúde, vem promovendo tensões nos campos da saúde e da educação. No campo da saúde, desde a promulgação da Lei 8.080 no Brasil (BRASIL, 1990), a tensão percebe-se, sobretudo, na contradição entre o paradigma dominante (o que se deseja superar) e o paradigma da construção social da saúde. O primeiro compreende a saúde a partir de um ponto de vista biologista, fundamentada na doença, na hegemonia médica e curativa, na atenção individual, na utilização veemente de tecnologia. O segundo está alicerçado na construção social da saúde, no fortalecimento do cuidado, na ação integral e intersetorial, e na crescente autonomia da comunidade em relação à saúde (MENDES, 1996). Esse novo modelo requer a reorientação das relações entre trabalhadores e comunidade, bem como dos processos de educação formal e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde.

No campo da educação, a tensão revela-se na disputa entre a concepção hegemônica tradicional, sustentada na pedagogia da transmissão (bancária), cuja prática pedagógica é centrada no professor e o conhecimento é adquirido de maneira desvinculada da realidade; e a concepção crítica reflexiva, expressa na construção do conhecimento mediante a problematização da realidade, na articulação da teoria e da prática e na participação ativa do estudante no processo de aprendizagem. A práxis pedagógica libertadora, como o próprio nome sugere, indica a necessidade de uma educação como movimento em direção à liberdade (FREIRE, 2005; 2009).

Já a saúde, como território conflitivo, conserva o predomínio de práticas em permanente estruturação, de acordo com os sujeitos que estão em cena. Assim, o sucesso da gestão em saúde implica, necessariamente, o enfrentamento da tensão gerada nos terrenos da política e do processo de trabalho, bases das organizações de saúde, nas quais se opera, cotidianamente, a evolução dos modelos de atenção. (MERHY, 1999). As transformações de tais modelos, a partir da incorporação tecnológica e das adversidades dos sujeitos sociais, que produzem as práticas de cuidado, fazem questionar sobre o outorgado credenciamento para o exercício profissional por Instituições de Ensino Superior (IES), que operam nessa área. Diante de tal contexto, a aproximação entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) tem resultado em ações, as quais articulam a política da saúde e da educação, no intuito de promover a formação de trabalhadores mais preparados para a atenção resolutiva e de maior qualidade na saúde (CAMPOS *et al.*, 2010).

No escopo da formação e desenvolvimento de recursos humanos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), os Ministérios articulam iniciativas voltadas às mudanças na graduação e aos trabalhadores já inseridos no Sistema. Entre outras ações relacionadas à formação, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC), o MS desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do Programa é provocar transformações no processo de geração do conhecimento e da prestação de serviços à população, com isso reorientar a formação profissional, ancorada à abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2007a).

O Pró-Saúde foi criado em 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 2.101/2005 (BRASIL 2005). Foi instituído em duas edições, Pró-Saúde I em 2005 e Pró-Saúde II em 2007, respectivamente. Na primeira, contemplou projetos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia; e na segunda, os demais cursos da área da saúde. Em dezembro de 2011 o MS lançou o terceiro edital para seleção de projetos de IES e sua participação no Programa, dessa vez articulado com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde⁴⁸). O

⁴⁸ O PET-Saúde foi instituído a partir de 2007 como parceiro do Pró-Saúde. Tem como pressuposto o aperfeiçoamento e especialização em serviço e a iniciação ao trabalho, por meio de estágios e vivências para profissionais e estudantes da área da saúde de acordo com a realidade e demandas do SUS. O PET disponibiliza bolsas para tutores (docentes universitários), preceptores (trabalhadores dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

Pró-Saúde vem ganhando destaque como iniciativa pública, articulando os setores da saúde e da educação, com vistas à substituição do modelo de formação – individual, de caráter fortemente especialista e hospitalocêntrico – para um processo formativo que considere os aspectos socioeconômicos e culturais da população.

O Pró-Saúde I contemplou 90 cursos, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia. Os projetos receberam um total de nove milhões de reais, repassados para os fundos de saúde de 49 municípios em todo o Brasil. No Pró-Saúde II, foram aprovados 68 projetos, contemplando 354 cursos da área de saúde, envolvendo recursos financeiros de aproximadamente cinquenta e três milhões de reais e 77 secretarias de saúde (BRASIL, 2006; 2008; 2009).

Na conjuntura dos territórios e sujeitos que operam nessa reorientação/mudança, entram em cena, além dos gestores e trabalhadores do serviço em saúde, também, gestores do ensino, discentes, docentes e o controle social, representado pelos usuários do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Todos esses sujeitos materializam a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, como dispositivo fundamental para transformar o ensino e, por conseguinte, as práticas de saúde, cumprindo o previsto no Art. 200 da Constituição Federal, que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

Com base nas diretrizes do Sistema e das políticas interministeriais, os processos de aprendizagem devem pautar-se na problematização – concepção pedagógica transformadora e emancipatória inspirada em Paulo Freire – do processo de trabalho, alicerçadas às necessidades de qualificação das práticas e das relações desenvolvidas nos espaços onde ocorre a atenção à saúde. Requerem, portanto, ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social no setor (FREIRE, 2001; KLEBA *et al.*, 2012). Considera-se educando e educador como sujeitos da prática, que esta deve ser criada e recriada por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Pautadas na interação com a realidade, as ações de intervenção provocam a sua transformação; é mediante o desenvolvimento da capacidade de “aprender fazendo” que essa interação se consolida (FREIRE, 2001; 2009). O “saber-ser”, não somente o “saber-fazer”, passa a ser valorizado na qualificação dos educandos, nesse sentido, são características essenciais dessa nova qualificação as

habilidades decorrentes da tomada de decisões, com vistas a resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, além das mobilizações da inteligência frente aos desafios do trabalho cotidiano (VENDRUSCOLO *et al.*, 2010).

Estudos recentes têm demonstrado a contribuição do Pró-Saúde nas iniciativas de mudanças curriculares, por meio da maior participação dos estudantes no processo de construção do conhecimento e da constituição de espaços de aprendizagem, envolvendo trabalhadores, docentes e estudantes na produção de serviços, mediante intencionalidades complementares e convergentes (STELLA *et al.*, 2009). Sinalizam potencialidades e dificuldades associadas e convergem para a compreensão da articulação ensino-serviço como possibilidade de consolidar o Programa. Essa perspectiva potencializa-se quando pautada por estratégias de gestão compartilhada dos processos de reorientação, os quais se processam na corresponsabilização dos segmentos envolvidos – gestão, ensino, atenção e controle social (DIAS, 2011). Nessa ótica, o Pró-saúde recomenda que se constituam comissões Locais de Acompanhamento do Programa, com a participação de todos os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2007a).

Considerando esse cenário e pressupostos, o estudo propõe-se a desvelar as contribuições da proposta integrada Pró-Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), em parceria com a Secretaria da Saúde (SESAU) e Gerência Regional de Saúde (GERSA) do município, para a mudança nos modelos de atenção e de formação de profissionais de saúde, a partir da ótica de gestores que atuam nas instâncias intersetoriais de gestão do Programa.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Caso, método de pesquisa, utilizado para as situações nas quais o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e em que o fenômeno sob estudo é contemporâneo, localiza-se em um contexto da vida real. O caso é “único”, pois configura-se como típico, ou seja, o objetivo da investigação é “captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum” (YIN, 2010, p. 72).

Das instâncias selecionadas para o estudo de caso participam representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, os quais compõem o “quadrilátero da formação do SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Do Comitê Gestor Local (CGL) do Pró-Saúde fazem parte representantes dos quatro segmentos, sendo: coordenação

local (ensino); representantes do corpo gestor da IES; representantes do corpo docente; representantes da SESAU; representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS); representantes do corpo discente – Diretório Central dos Estudantes (DCE) e estudantes representantes da Liga Acadêmica da Saúde da Família⁴⁹ –; representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); representantes da GERSA e profissionais de saúde representantes do PET-Saúde (preceptores); totalizando 16 integrantes titulares. Esta instância tem como objetivo acompanhar o processo de execução do Programa e ser canal de interlocução com seus representantes, apresentando sugestões para aperfeiçoamento da proposta (UNOCHAPECÓ, 2012a).

A outra instância, Comissão Coordenadora Geral (CCG) do Pró-Saúde, conta com representantes do corpo gestor da IES; representantes dos cursos envolvidos na proposta – pelo menos um de cada curso –; representantes da SESAU e GERSA de Chapecó e representantes da CIES; com 23 integrantes titulares. A Comissão tem como propósito realizar a mediação e a articulação no diálogo com os pares, orientando/esclarecendo os autores dos projetos e demais envolvidos, motivando-os a se engajarem no processo e acompanhando a execução das atividades (UNOCHAPECÓ, 2012b).

Com tais propósitos, essas estruturas reúnem-se, em assembleias mensais, majoritariamente, na Unochapecó, conformando espaços de planejamento, nos quais os membros podem acompanhar o desenvolvimento da proposta como um todo. Tratam-se de momentos para relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde.

Para produção e registro das informações foram realizadas entrevistas focais (YIN, 2010), observação direta e análise documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

O estudo contou com a participação de 25 sujeitos, identificados como participantes nos fóruns, atualmente, sendo estes os que participavam dos momentos de observação das reuniões. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora, totalizando 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três membros da CCG e

⁴⁹ A Liga Acadêmica da Saúde da Família é uma entidade acadêmica que compartilha os mesmos objetivos do centro acadêmico, ou seja, a pesquisa, o ensino e, neste caso, a assistência à saúde da família. As Ligas são compostas por estudantes e profissionais da área tema da Liga, e contam com certa autonomia em relação à universidade. Sua gestão cabe aos acadêmicos, auxiliados pelos profissionais (geralmente médicos).

três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos (gestão, atenção, controle social e ensino). Os participantes do estudo foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, quando se observou a caracterização de um determinado padrão nas falas, que expressava a suficiência de informações para o estudo.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter participado de uma das instâncias intersetoriais relacionadas à gestão do Pró-saúde, e um dos quatro segmentos, no período 2006 a 2012 e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com os critérios, anteriormente, citados e que estavam aposentados ou afastados (licença médica, entre outras) no período da produção das informações da investigação. Os participantes são do sexo feminino, em sua maioria, oriundos de diferentes áreas de formação em saúde e com tempo médio de participação nas instâncias de dois anos e meio.

Realizaram-se, ainda, seis momentos de observação de reuniões do Comitê Gestor e da Comissão Coordenadora, devidamente registradas em Diário de Campo. Esse instrumento de observação pré elaborado, continha Notas de Observação Descritivas (NOD), quanto aos aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Reflexivas (NOR), quanto aos processos de diálogo, participação, conflitos e outras observações do entrevistador.

Finalmente, foram utilizadas fontes documentais como: documentos de nomeação dos membros das instâncias de gestão do Pró-Saúde; atas das reuniões das instâncias; projetos das ações estruturantes de reorientação da formação em saúde (Pró e PET-Saúde); relatórios das ações desenvolvidas; publicações (trabalhos em eventos, artigos, livros); entre outros; tendo como propósito compreender a dinâmica das instâncias.

Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” (Minayo, 2013), a saber: *Pré-análise*: estruturada a partir da leitura exaustiva do conjunto das comunicações obtidas por meio das entrevistas e observações; *Exploração do material*: operação de codificação das informações brutas, a fim de alcançar o núcleo da compreensão do texto; *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: expressão de concepções relacionadas às categorias já

definidas pelo referencial teórico ou que emergiram das informações, buscando elucidar os aspectos mais latentes, tornando-os mais visíveis. A análise teve como suporte o referencial teórico do educador e cientista social Paulo Freire.

Ressalta-se, entre os aspectos éticos, considerados para realização deste estudo, a aquisição de permissão das instâncias envolvidas, bem como do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012). Após apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato, as falas de cada um dos entrevistados foram identificadas por codinomes de escolha da pesquisadora.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tanto a formação quanto a atenção à saúde estão, hegemonicamente, orientadas por um modelo individual e biologicista, sustentado por práticas pedagógicas de transmissão do conhecimento e centradas no professor, por vezes desvinculadas da realidade. A fim de ultrapassar esse modelo, na direção da promoção e da atenção integral à saúde, orientadas pela problematização da realidade, a mudança deve iniciar no âmbito das relações entre trabalhadores e comunidade, perpassando os processos de educação formal e qualificação dos profissionais da saúde. A integração entre teoria e prática, assim como o protagonismo do estudante no processo de aprendizagem, são inerentes à essa transformação paradigmática.

O Pró-Saúde propõe a mudança na formação e, consequentemente, nas práticas de atenção à saúde, a partir de três eixos que favorecem o seu desenvolvimento, cada um com vetores específicos. O *eixo A – Orientação Teórica*, recomenda ações sobre determinantes do processo saúde doença, pesquisa ajustada à realidade locorregional e educação permanente; o *eixo B – Cenários de Prática*, enfatiza a integração ensino-serviço e a integralidade, a partir da utilização dos diversos níveis de atenção; e finalmente o *eixo C – Orientação Pedagógica*, pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção do conhecimento, e que distingam o professor como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2007a).

Neste cenário, as contribuições mobilizadas pelo Pró-saúde como indutor para a mudança nos modelos tanto de educação quanto de atenção, que emergiram nesse estudo, foram organizadas em quatro categorias a saber: **Pró-Saúde: articulação pedagógica entre os cursos e mudança do modelo assistencial; Pró-Saúde como mobilizador do território da práxis: comprometimento dos sujeitos; Pró-Saúde: a realidade como material bibliográfico vivo; Pró-Saúde: diferentes olhares e lugares no processo de formação.**

Pró-Saúde: articulação pedagógica entre os cursos e mudança do modelo assistencial

Para Freire, a conscientização implica o sujeito direcionar-se para além do campo de apreensão espontânea da realidade, alcançando uma “[...] esfera crítica na qual a realidade dá-se como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica” (FREIRE, 2001, p. 30). Esse encontro com o contexto real materializa-se na práxis, na ação com reflexão, fundamenta-se no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005).

Nessa perspectiva, a proposta integrada da Unochapecó e parceiros contribui para a transformação social, uma vez que aproxima o mundo do ensino e o mundo do trabalho, estimulando a mudança. Embora os membros das instâncias de gestão da proposta não consigam mensurar o seu impacto, referem que existe uma expectativa do serviço, sobretudo dos trabalhadores, em relação aos resultados imediatos das ações na dinâmica da atenção.

“É muito positivo no sentido de que o estudante vai conhecer como é o serviço público de saúde e vai interferir” (Mr. Darcy - CS).

“[...] eu não consegui, em nenhum momento mensurar o quanto isso traz de impacto, positivo ou negativo para o serviço. Mas, eu percebo que todo projeto que está sendo desenvolvido [...] tem uma proposta inovadora, com uma expectativa de resultado rápido, e a gente percebe que o projeto não dá conta disso, então os trabalhadores dos serviços pensam que a partir desse projeto desenvolvido, alguma coisa vai mudar” (Bibiana - G).

Para os entrevistados, apesar dos esforços dessas e de outras iniciativas interministeriais com vistas à reorientação da formação e, conseqüentemente, das práticas de atenção à saúde, há uma dificuldade de

transformar o modelo de atenção vigente. Isso acontece, pois há um movimento de desconstrução relacionado ao que, teoricamente, considera-se ideal e ao que de fato é possível, quando se atua na e sobre a realidade, ou seja, entram em cena as diferenças entre utopia e realidade. A reorientação que o Pró-Saúde propõe ficaria, portanto, atrelada ao que é factível ao profissional e ao que a universidade deseja, além da necessidade de considerar-se o que o usuário, como beneficiário do serviço, exige. Ela implica, ainda, a mudança dos comportamentos individuais:

“Percebo um movimento de desconstrução [...] a prática é muito diferente do que a teoria, porque enquanto a gente teoriza e pensa na mudança em um modelo, a dificuldade de fazer essa transformação desse modelo é muito grande porque é operacional, ela precisa de que todas as pessoas estejam, realmente, pensando daquela forma [...] E, aí, também entram as diferenças, da instituição de ensino que deseja um modelo e o que é possível fazer, que a gestão permite, e aquilo que o trabalhador pode, naquele momento, em detrimento da exigência maior que é o usuário. Porque ele [usuário] chega e não pensa o que está por traz dessa construção, quer o resultado imediato!” (Bibiana - G).

“[...] como profissionais nós temos que trabalhar, que mudar comportamentos, você imagina numa comunidade, que tem ‘N’ cabeças, culturas, trabalha com faixa etária, as pessoas de mais idade já têm as suas crenças e é muito difícil. Só que tem que insistir, tem que ir pelas beiradinhas, tem que mostrar” (Alice - CS).

Mediante tais depoimentos, fica clara a necessidade de participação de todos os envolvidos, desde que esteja presente o sentimento de pertencimento àquele processo. Na concepção freireana, esse envolvimento é possível ao considerar-se o homem como um sujeito social e histórico, um ser da práxis, que se constitui nas relações sociais. Esse sujeito/homem participa da vida e intervém no mundo, condicionado pela sua consciência e pelas circunstâncias históricas que demarcam o seu território e, também, as suas possibilidades (FREIRE, 2005).

Para os representantes do segmento gestão, as transformações dos modelos já são visíveis no âmbito da formação e do trabalho, mas as concepções do usuário ainda estão voltadas ao modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado no médico e na cura das doenças. Essa mudança de modelo, no campo das práticas de saúde, parece ser um processo lento, ou seja, ela não avança no mesmo ritmo das propostas que

orientam o “modelo SUS”. Persiste, inclusive, a necessidade de preparar melhor alguns sujeitos da atenção, os quais ainda resistem à presença do estudante.

“O SUS foi amadurecendo, ele foi mudando a forma de preparar o trabalhador, a instituição foi mudando a forma de preparar o acadêmico, mas ainda o usuário continua querendo o atendimento médico!”(Bibiana - G).

“É lento, é trabalhoso, mas mesmo que seja lento, o processo acontece e aos pouquinhos você vai vendo o resultado [...] a impressão que dá é que estamos sempre correndo atrás, e que essa reorientação não consegue avançar no mesmo ritmo que o modelo do SUS vem avançando” (Capitu - G).

A representante do ensino percebe que o Pró-Saúde configura-se como um dispositivo de mudança, pois a aproximação com o serviço tem sido mais efetiva do que no passado, quando predominava o modelo biológico; houve avanços do ponto de vista social e de promoção da saúde. Para ela, está acontecendo uma fase de “transição” de modelos de atenção à saúde, um “período de mudança”.

“[...]Eu acredito que hoje nós estamos vivendo uma transição de modelos no serviço. Há aqueles profissionais que são mais biologicistas, medicocentrados, há aqueles que têm uma abordagem mais social do processo. É um período de mudança, de transição, e o Pró-Saúde tem bem essa função mesmo, de provocar esses movimentos e essas reflexões”(Guiomar - E).

A aproximação da teoria com a prática parece estar muito relacionada com a mudança, na concepção dos participantes, o que faz sentido quando se compreende a prática aprimorada a partir do discurso teórico, necessário à reflexão crítica, de modo a confundir-se com ela (prática) (FREIRE, 2011). Esse movimento vem ao encontro do que Ceccim e Ferla (2011) afirmam sobre a educação em ciências da saúde como possibilidade de construção (conhecimentos) e um perfil de execução (práticas), com vistas a reorientar o ensino e o trabalho nessa área. No setor saúde, esse mecanismo possibilita rever construções articuladas pelo ensino, organizar uma reflexão em torno da formação e suas implicações para o trabalho.

Na composição dos possíveis e atuais cenários de aprendizagem propostos, são factíveis: a compreensão da cultura dos usuários e dos desafios sociais pelos quais eles passam; a compreensão dos sistemas profissionais de cuidado e cura; além da compreensão dos modelos de atenção à saúde, que envolvem desde as tecnologias, os saberes, até as políticas e proposições institucionais. Os eixos do Pró-Saúde, sobretudo o eixo *B – Cenários de Prática*, apontam para essa possibilidade de mudança.

Os participantes do estudo referem a matrix curricular como um problema, por vezes, para a implementação dos projetos. De outro lado, concordam que o Programa estimula e vem provocando a reorientação dos currículos e a aproximação entre os cursos, ao fazer com que questões epidemiológicas e sociais, por exemplo, sejam transversais nos currículos e não mais exclusivas de cada categoria profissional. Os próprios estudantes percebem essa diferença, como se observa no discurso de Iracema. Contudo, as propostas dessa iniciativa da Unochapecó e demais parceiros, ainda se apresentam desarticuladas entre si e, por vezes, entre a IES e o serviço.

“Eu não entendo como pode ter outras universidades que não têm o Pró-Saúde, pois a gente aprende muito!” (Iracema - E).

“[...] cada curso fazia o seu estágio isolado. No início, a única oportunidade que eu lembro de integração era o VIM⁵⁰[...] cada curso tem a sua especificidade, mas conhecer o território, fazer o diagnóstico de saúde, enfim, todas aquelas questões epidemiológicas, sociais, isso deve ser comum, deve ser transversal. Então, é isso que o Pró-Saúde vem provocando, mas dentro da instituição [serviço] a gente vê que ainda não se efetivou. [...] A qualificação profissional desses estudantes, a qualificação das pessoas que estão na rede, as grades curriculares que foram revistas, mais aquela possibilidade de, durante a formação, estar trabalhando junto, estudando junto, que é o que acontece com o serviço, isso precisa ser consolidado” (Capitu - G).

“Se não existisse [Pró-Saúde], nós estaríamos muito aquém, não teríamos essa realidade, da rede com a universidade, com o ensino, essa articulação [...] os PPC [Projetos Pedagógicos dos Cursos] deles não estariam articulados e a maioria deles hoje está. [...]” (Riobaldo - G).

⁵⁰ Projeto desenvolvido na Universidade e que foi reeditado como projeto do Pró-Saúde: Vivências Interdisciplinares e Multiprofissionais (VIM).

Nessa perspectiva, vale lembrar que o *eixo C* do Pró-Saúde – *Orientação Pedagógica* implica na aprendizagem mediante o modelo pedagógico consequente do aprender fazendo (BRASIL, 2007a). Os participantes confirmam, a partir do seu discurso, a implicação dessa diretriz na prática das ações, ao explicar que o Pró-Saúde faz com que os conceitos e a própria legislação da saúde, discutidos em sala de aula, sejam percebidos no cotidiano da vida:

“[...] transformar toda essa lógica conceitual em senso comum, para que as pessoas consigam operacionalizar na sua vida, entender como é que isso funciona para um professor, para o vizinho, para a mãe, os familiares, a gente faz muitos exercícios nesse sentido. Pergunta, como era antes da Lei 8.080, os avós, pais fazem declarações, depoimentos que trazem para a sala de aula uma dinâmica bem interessante [...]” (Heathcliff - E).

De maneira convergente, os representantes dos segmentos distinguem um certo “sofrimento”, por parte dos estudantes, ao tentar ajustar suas práticas às “grades curriculares” e que, nesse sentido, os movimentos Pró e PET-Saúde, à medida em que se consolidarem, tendem a minimizar esse sofrimento.

“Os alunos, o sofrimento, que eles têm, ao tentar conciliar as suas práticas com as grades, de como ajustar isso [...] se isso estivesse redondo, todos os alunos iriam ter seu espaço para esses movimentos que são muitos, como esses PETs e esses Prós, eles não teriam sofrimento, porque as grades estariam ajustadas” (Emma - A).

Reibnitz e Prado (2006) reconhecem a adoção de uma atitude investigativa e experiências que capacitem o estudante para o pensamento crítico-criativo, como elementos motivadores ou estimuladores da aprendizagem. Dentre tais possibilidades de ações, inserir os estudantes no mundo do trabalho, o mais precocemente possível, favorece o ensino prático-reflexivo e a construção de sujeitos/cidadãos/profissionais preparados para responder e questionar as demandas desse mundo.

De maneira geral, apesar dos desafios postos, os componentes das instâncias intersetoriais de gestão do Pró-Saúde reconhecem mudanças positivas, tanto nos processos de formação dos futuros profissionais, sobretudo pela aproximação entre os cursos e pela transversalidade das temáticas entre eles; quanto nas demandas que

envolvem a gestão, a coordenação e a prática das ações propostas, pela integração entre o ensino e o serviço.

Pró-Saúde como mobilizador do território da práxis: comprometimento dos sujeitos

A educação, como processo de libertação, implica a negação do sujeito abstrato, desarticulado do mundo. Também, pressupõe a capacidade humana de distanciar-se do real imediato para tomá-lo como objeto de análise, assim, compreendê-lo para, finalmente, transformá-lo. Logo, comprometer-se significa ser capaz de agir (fazer) e refletir (pensar sobre a ação) a partir da realidade. São essas as condições necessárias para tornar o homem sujeito da práxis (FREIRE, 2011).

Coerentes com tais pressupostos, os sujeitos entrevistados enfatizam a importância de aproximar o saber e o fazer em saúde. Eles acreditam que o Pró-Saúde mobiliza, compromete e faz refletir. Dessa maneira, torna possível que os profissionais saiam da estagnação, sintam-se instigados a mudar seus conceitos, num processo de permanente educação, o que contribui para o aprimoramento da prática.

“Ele [Pró-Saúde] conseguiu fazer essa aproximação, de trazer o acadêmico mais para perto da realidade do SUS, da unidade, o Pró-Saúde faz com que o profissional se sinta mais instigado à mudar alguns conceitos” (Riobaldo - G).

Uma das condições necessárias à mudança é a não acomodação (FREIRE, 2007). Nessa lógica, a aproximação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino em saúde, fortalecida pela compreensão e inclusão dos sujeitos no processo de trabalho, provoca a necessidade de envolver-se e sair da acomodação e da atitude contemplativa, gerando experiências de aprendizagem em grupos multiprofissionais e, também, o exercício da interdisciplinaridade (REIBNITZ; PRADO, 2003; FERRAZ *et al.*, 2012).

Tais apontamentos, também, remetem à educação permanente dos profissionais de saúde, inserida no escopo das iniciativas de reorientação da formação e da gestão em saúde, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004; 2007b). A PNEPS mobiliza e fortalece as iniciativas formais de ensino na saúde e as práticas de atenção, de acordo com as diretrizes do SUS, em busca do comprometimento e mobilização dos profissionais da rede de atenção.

Em consonância com os pressupostos da PNEPS, chama atenção, ainda, a noção de troca entre os mundos do ensino e do serviço, e a possibilidade de inserir o usuário no diálogo, no contexto da formação, compreendendo suas necessidades e expectativas.

“[...] o profissional de saúde, ele tem acesso a atualizações, porque à medida em que o estudante está lá, está-se preparando e fazendo com que o profissional busque informações [...] E ainda, tem o resultado para o usuário, quando consegue trazer o usuário para discussão, fica positivo nesse sentido, que eles [os demais segmentos] percebem o usuário como alguém com voz e com necessidades [...]” (Mr. Darcy - CS).

As ações de reorientação promovem a interseção ensino e trabalho, ao convocar a universidade para dentro do SUS e o Sistema para implicar a formação, conformando uma rede que opera no mundo do trabalho e no mundo do ensino: “prática de educação/prática de saúde, produção pedagógica/produção de saúde” (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2009, p.164). Esse movimento de aproximação entre os dois mundos promove a mudança gradativa do modelo de atenção e de formação em saúde, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS, pois contribui para que o estudante, futuro trabalhador, e também para que o profissional do serviço incorporem os princípios do SUS em uma ação permanente, a partir de reflexões e atitudes autônomas. O *eixo A* do Pró-Saúde – *Orientação Teórica*, nesta perspectiva, sugere a educação permanente, em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS, aproximando sempre mais o profissional da IES.

A integração ensino-serviço na área da saúde tem seus pressupostos na concepção de educação como possibilidade em que educando e educador sejam sujeitos de sua prática, que deverão criar e recriar por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Dessa maneira, os processos educativos que se propõem à transformação social não se desenvolvem de maneira descolada da análise das necessidades reais, no âmbito do contexto histórico do sujeito (FREIRE, 2001; 2005). O *eixo B* do Pró-Saúde – *Cenários de Prática*, expressa, entre outros, essa integração entre o ensino e o serviço, proporcionando ao estudante atuar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como prestador de cuidados, de acordo com seu grau de autonomia (BRASIL, 2007a). Na ótica dos sujeitos, essa diretriz configura-se como um caminho a ser construído, mas que tende ao sucesso:

“Eu acredito, que exista um caminhar, um caminho que está sendo construído. A gente não pode dizer que o que está acontecendo é o ideal, ainda não está, mas eu acredito que com a construção desses projetos em parceria, a gente vá melhorando a cada dia [...] a partir das necessidades, que o próprio serviço tem, colaborando, assim, com a construção dos projetos, colaborando para a própria formação acadêmica e trazendo a realidade a tona, no que diz respeito ao serviço da saúde” (Anna Karenina - G).

Para aproximar e justapor os mundos do ensino e do serviço em saúde, é preciso compreendê-los a partir de duas culturas distintas e das relações de poder que ali se desenvolvem, que se articulam à ordem social. Elas não podem ser compreendidas de forma ingênua, como se dependessem somente dos indivíduos. Tais antagonismos e conflitos precisam ser assimilados no âmbito da compreensão do processo de trabalho e da realidade social (REIBNITZ; PRADO, 2006). É o que aparece nas falas, que seguem e que abordam um movimento de rede, ancorado na necessidade de ir e vir, avançar e retroceder, com vistas ao ajuste das relações que ali se estabelecem:

“[...] a nossa relação com a Secretaria de Saúde é bem interessante e tem se construído a partir de alguns acertos e alguns equívocos, também, por isso que esse retroceder, que eu falei, é necessário e é benéfico às vezes [...]Mas não no sentido de invalidar aquilo que foi feito, muito ao contrário, é a partir dos equívocos e acertos que a gente vai construindo a proposta, precisa rever para mudar” (Guiomar - E).

“Por outro lado a gente tem a rede [de Atenção Básica] também, as trocas de profissionais, a troca de coordenadores, enfim, que é um movimento normal da rede, porque as pessoas têm as suas vidas pessoais, têm os seus projetos para além do trabalho, têm questões políticas, também, que interferem, então, isso precisa ser considerado [...]” (Capitu - G).

As notas de observação, confirmam as falas, no que se refere aos acertos, aos equívocos e aos enfrentamentos que vêm se desenrolando nessa relação entre os mundos da prática e do saber, bem como do comprometimento necessário a cada um. Questionado pela coordenadora local do Pró-Saúde sobre sua impressão em relação ao desafios da

parceria estabelecida, o representante dos segmento atenção pronuncia-se, em uma das reuniões observadas:

“É necessário atentar mais para as demandas do serviço ao elaborar os projetos. Precisa haver reconhecimento dos objetivos comuns - quem tem a prática, quem tem o saber?” (NOD – representante do segmento atenção).

Como possibilidade de consolidar a integração ensino-serviço, os participantes propõem à IES atuar a partir das necessidades locais e fazer as devolutivas coerentes com a possibilidade de mudança no serviço, tomando o devido cuidado para não criar outras demandas. Nessa ótica, afirmam que, para agir com base na realidade, o acadêmico precisa conhecer, fazer parte, observar e refletir.

“[...] eles estão vindo, para fazer pesquisa, mas termina a pesquisa daí cria a necessidade de que é quem vai trabalhar com essa necessidade! [...] não adianta você levar, apontar as dificuldades que a gente tem, os problemas que a gente tem e não tentar fazer uma intervenção para mudar e para melhorar esse serviço e a própria formação! [...] para o acadêmico atuar na necessidade, na realidade daquela unidade de saúde, ele precisa conhecer, fazer parte e ficar um tempo conhecendo, observando, estudando e pensando alguma coisa” (Bibiana - G).

“[...] a Unochapecó que vem pra dentro dos serviços fazer algo que a gente nem tem conhecimento, nem foi uma demanda nossa, algo que talvez não sirva” (Anna Karenina - G).

Com tais prerrogativas, novamente, contribui o eixo C do Pró-Saúde – *Orientação Pedagógica*, mediante à articulação da clássica sequencia teoria-prática, no sentido de construir o conhecimento apoiado na ação-reflexão-ação (FREIRE, 2005; 2009; BRASIL, 2007a). Dessa maneira, o Pró-Saúde opera como mobilizador de um território de comprometimento dos sujeitos, cuja essência é a aproximação da teoria e da prática, da academia com os serviços públicos de saúde, como dispositivo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade social. Todavia, é preciso compreender que a rede municipal, como lócus do trabalho em saúde, oferece inúmeras oportunidades de aprendizagem para os estudantes, mas também é um espaço complexo, cujas relações do cotidiano apresentam problemas a serem enfrentados,

diariamente. Já a IES, como lócus do processo de ensino em saúde, também, representa uma importante oportunidade de ampliação dos conhecimentos e qualificação profissional para os trabalhadores da rede municipal.

Pró-Saúde: a realidade como material bibliográfico vivo

A educação como prática da liberdade, implica a aproximação do homem com o mundo, pensando em si mesmo como parte indissolúvel dele. Nessa lógica, a concepção problematizadora reforça a mudança, a partir da tomada de conscientização, fundamentada na relação consciência-mundo e na crítica à realidade posta. Na medida em que os homens respondem aos desafios do mundo, eles temporizam os espaços geográficos, criando história (FREIRE, 2001; 2005; 2011).

Somente um ser que é capaz de sair do seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que está sendo no tempo que é seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isso, de comprometer-se (FREIRE, 2011, p. 19-20).

Com essa lógica, o *eixo B* do Pró-Saúde – *Cenários de Prática*, pressupõe ainda, a integralidade da atenção à saúde, a partir da utilização dos diversos níveis de atenção, dando preferencia à ação sobre fatos reais em detrimento das práticas de simulação, que imitam a realidade, mas não a reproduzem na dimensão complexa da integralidade humana. Por esses contornos, o Pró-Saúde, para os participantes desse estudo, implica a reorientação da formação na medida em que não é mais possível preparar disciplinas sem pensar nos eixos do Programa, pois os projetos nele contidos provocam a transformação das vivências em aprendizagem e traduzem os espaços de saúde como material bibliográfico vivo. A própria ética, como elemento da aprendizagem, já não é mais a ética da teoria, pois ela passa a ser traduzida na realidade do cotidiano dos serviços de saúde e do convívio com as populações. O Pró-Saúde trouxe para a universidade uma avalanche de demandas, e existem, no âmbito da formação, paradigmas que, também, estão mudando, em consonância com os eixos do Programa. Em suma, na atualidade, não há mais como pensar o Sistema de Saúde sem considerar os movimentos provocados pelo Pró-Saúde.

“[...] eu não consigo mais pensar na realidade do SUS sem ver os cenários de prática [...] eu começo a ver a teoria na prática da saúde, nos espaços da saúde, e o grande papel que eu vejo é transformar essas vivências em ensino/aprendizagem [...] descobrindo os espaços de saúde como um material escrito, vivo, porque a gente precisa capturá-los de alguma forma. A ética não é a mesma dada por qualquer livro, qualquer referencial teórico [...] como é que você transforma isso em escrita, como é que você debate e apresenta as ideias de outras pessoas de uma forma ética, uma ética prática, que a gente trabalha a partir dessa relação ensino serviço, e tudo isso é uma transformação grande na maneira que se ensina e como se aprende [...] o Pró-Saúde trouxe pra nós [...] uma avalanche de demandas, de tratar diferentes temas, de diferentes formas” (Heathcliff - E).

Essa perspectiva implica reconhecer o espaço do trabalho como espaço de aprendizagem, o qual deve ser assim transformado pela intencionalidade pedagógica do professor. Para tanto, é preciso transformar os conteúdos estéreis em conteúdos vivos, ou como se referiu Heathcliff, em material bibliográfico vivo. Extrapolar o conteúdo elencado na matriz curricular, articulando com a realidade concreta das práticas em saúde é, também, uma experiência que o Pro-saúde tem proporcionado.

Para Freire (2012), essa “leitura do mundo” precede a leitura da palavra, em busca da compreensão do texto, dos objetos nele referidos, transpondo a generalização, até o que é tangível.

“[...] pensar o ensino para além daquele conteúdo que está na matriz curricular, mas como que eu vou passar esse conteúdo articulando com a realidade cotidiana? Desse ser humano que está aí sentado em minha sala de aula, e pensar o local de trabalho que ele está, a família que ele vive, como é que é o bairro dele, eu acho que tudo isso toma uma dimensão diferente. [...] acho que até de paradigmas, é um desafio, porque não dá para querer trabalhar nessa perspectiva de reorientação dentro de uma lógica formal, sem mudar [...] os projetos propõem a mudança dos conceitos, a mudança na forma e a aproximação com a realidade, são os nossos três desafios, os três eixos orientadores do Pró-Saúde” (Aurélia - E).

O eixo A do Pró-Saúde – *Orientação Teórica*, propõe, entre outras coisas, que as ações sejam ajustadas à realidade localregional.É

nessa esfera de raciocínio que o representante do segmento ensino chama a atenção para a possibilidade de reorientar a formação à lógica do SUS, com base em um processo educativo que fomente o protagonismo do estudante. Ele deve refletir sobre a realidade na qual está imerso e, com base nela, planejar ações em conjunto com a equipe multiprofissional, transformando os princípios do Sistema (a integralidade, por exemplo) em ações concretas.

“[...]o estudante dos cursos da área da saúde precisa ser formado também para um outro tipo de Sistema, então, ao mesmo tempo, se a gente conseguir fazer que ele reflita sobre as necessidades das pessoas, da comunidade [...] e começar a organizar, planejar as ações, os serviços de uma forma atrelada, relacionada a essas necessidades, a gente vai formando um novo profissional, que possa ter mais autonomia, que possa trabalhar em equipe, que possa entender o princípio da integralidade e transformar esse princípio numa ação, num serviço” (Heathcliff - E).

O ato de conscientizar-se pressupõe um deslocamento da realidade e, ao mesmo tempo, é na realidade que estão inseridos os elementos que formam a consciência. Conscientizar-se, portanto, para Freire (2001), é um constante refletir sobre a práxis e, assim, comprometer-se com a mudança. Por isso a importância de ensinar a pensar, a fim de efetivar a formação do profissional crítico-criativo, do ser raciocinante e, por conseguinte, cidadão autônomo. Essa maneira de ensinar/aprender implica a formação de sujeitos questionadores, à medida que demanda implementar ações permeadas por elementos estimuladores do pensamento crítico-criativo. Assim, o processo educativo é um exercício de reflexão sobre a realidade, ancorado em conhecimentos adquiridos no cotidiano, de maneira formal (livros, escola...) e informal (processo de viver a vida). A leitura da prática anterior faz refletir sobre a realidade, relacionando-a com o conhecimento adquirido, detectando equívocos e acertos e provocando a compreensão do que deveria/poderia ter sido (FREIRE, 2009; REIBNITZ; PRADO, 2006).Essas característica fazem com que o Pró-Saúde contribua com a reorientação, na medida em que traduz os espaços de atenção à saúde em material bibliográfico e, também, atua no movimento contrário, atribuindo sentido à teoria.

O desenvolvimento e a mudança já não são mais tarefas exclusivas do professor e nem do trabalhador em saúde, mas de uma rede que opera no mundo do trabalho e no mundo do ensino. Para os sujeitos desse estudo, em cada discurso elaborado em sala de aula, e em cada ação

realizada na prática do serviço de saúde, há um movimento no sentido de articular pedagogicamente a teoria e a prática para, ao mesmo tempo, alavancar a mudança rumo à consolidação do SUS.

Pró-Saúde: diferentes olhares e lugares no processo de formação

A transformação das relações sociais está muito relacionada ao processo de mudança pessoal, o que pressupõe a luta por emancipação e humanização, possível por meio da solidariedade e da comunidade. Na qualidade de cidadãos, os homens trocam seu papel de público pelo papel de sujeito, engajando-se nas discussões coletivas que são fundamentais (FREIRE, 2005). No âmbito da proposta de reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, com vistas a oferecer à sociedade profissionais preparados para responder às necessidades da população brasileira e para a consolidação do SUS, o Pró-Saúde propõe-se, entre outros objetivos, a estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de ensino, prevendo a melhoria da qualidade e da resolubilidade da atenção prestada ao cidadão (BRASIL, 2007a).

Essa nova perspectiva do ensino em saúde, em múltiplos cenários (universidade, serviço de saúde, comunidade), com diferentes sujeitos (professores, profissionais, usuários/comunidade) vai ao encontro das ideias de Freire (2005; 2009; 2011) quando afirma que se aprende no mundo, mediatizado por ele, em interação com a realidade. Se educar-se, significa ser capaz de intervir no espaço social no qual o homem se insere, esse processo só pode acontecer quando esse homem está imerso no seu contexto.

Chamam atenção nessa ótica, algumas verbalizações sobre o Pró-Saúde como fomentador da aproximação de diferentes sujeitos, com diferentes maneiras de pensar e de pronunciar o mundo, em prol da reorientação da formação. Para os participantes do estudo, os sujeitos que integram o quadrilátero formação/ensino, atenção/assistência, gestão e controle social, nos diferentes cenários da formação, não precisam atuar como experts, quer seja em relação ao SUS, quer seja em relação às práticas pedagógicas, porque isso homogeneiza?? o processo, e educação implica heterogeneidade. O que realmente importa são os diferentes olhares sobre as diversas situações, a partir do entendimento de cada sujeito sobre as necessidades reais da comunidade.

“[...] no início, até a gente idealizava muito as pessoas que deveriam ser altamente capacitadas para expressar uma reflexão

profunda sobre o que está acontecendo, depois a gente foi-se deparando com diferentes situações, diferentes olhares e foi compreendendo, também, que todos esses olhares, diferentes lugares são importantes para o processo de formação. Essa é a realidade: nós não podemos fazer projetos de reorientação da formação com experts, tanto na questão pedagógica, quanto um expert em SUS, quer dizer, ele [processo de formação] dá-se a partir das necessidades de entendimento de cada uma das pessoas, a partir de demandas reais, necessárias” (Heathcliff - E).

Na leitura de Freire (2009), a educação faz-se na heterogeneidade, que enriquece o diálogo e possibilita o exercício da democracia. São as relações sociais que ilustram a beleza de ser gente, pois elas oportunizam o respeito aos diferentes e o envolvimento em construções comuns. Ninguém sabe mais que outro; todos sabem algo e aprendem em cooperação.

As necessidades do serviço foram abordadas, na perspectiva de sua convergência com a realidade que vem à tona, contribuindo com o processo de formação. Para os sujeitos do estudo, cada um dos segmentos que se fazem representar nas instâncias intersetoriais do Pró-Saúde tem suas diretrizes próprias, e é no âmbito da multiplicidade de olhares que se pode construir o novo. O segmento gestor, representado no discurso abaixo, afirma que para exercer seu papel de orientador/ordenador do processo de formação, precisa relacionar-se com a universidade, além de dialogar com os usuários, considerando assim, a diversidade de sujeitos e diretrizes envolvidas, com vistas a objetivos comuns.

“É claro que nós, da Secretaria, trazíamos algumas diretrizes da Secretaria para a mesa, a instituição [de ensino] também trazia algumas diretrizes da instituição. Então, dentro das necessidades comuns, o que a gente poderia construir de novo? [...] Eu vejo o SUS como, realmente, um grande orientador desse processo, mas não dá para querer orientar sozinho, tem que sentar com as instituições de ensino, tem que ouvir os usuários, tanto nos espaços dos conselhos locais como das unidades, mesmo, tem que estar dialogando e procurando alternativas, estratégias” (Capitu - G).

Para além da importância dos conteúdos, importa, também, a posição crítico-epistemológica dos educandos perante eles, ou seja, a maneira como são apreendidos e incorporados à prática dos educandos. A compreensão dialética da educação implica o processo de conhecer, em

que “educadores e educandos devem assumir o papel crítico de sujeitos cognoscentes” (FREIRE, 2007, p. 87).

Divergindo de tal pressuposto, nesse movimento de reestruturação da formação, os sujeitos do estudo percebem uma certa fragilidade na compreensão de muitos docentes em relação ao Pró-Saúde, os quais permanecem com dificuldades de operar a partir de metodologias mais ativas e integradoras dos conteúdos. Sinalizam a importância da permanente atualização e que os professores precisam ser tocados para a mudança, por exemplo, em relação aos currículos integrados e outras iniciativas da universidade, no sentido da reorientação pedagógica.

“[...] acho que há uma certa fragilidade na compreensão de muitos professores do curso, em relação ao que é [o Pró-Saúde] [...] se a gente entender, que a gente nunca está pronto, o professor também precisa estar-se revendo o ano inteiro. [...] os professores têm muita dificuldade de sentar e preparar o semestre, o que a gente vai trabalhar [...] Eu fui convidada para trabalhar um conteúdo [...] o jeito que você vai discutir não faz diferença, se é modulado, se é disciplinar. [...] Eu disse: olha, é importante discutir a política [...] por isso, por aquilo. Essa sensibilização do porquê, essa sensibilização do professor. Vão dando o conteúdo deles, eles não estão muito preocupados com o que o outro vai trabalhar! Desmontar toda lógica e a gente reconstruir esse processo, pelo menos desses diálogos” (Aurélia - E).

O professor, ao considerar os novos paradigmas na ação docente, precisa reconhecer que a mudança opera não somente no ato intelectual, mas também nas novas ações individuais e coletivas que permitam laçar novas atitudes para encarar a vida (BEHRENS, 2006). Sobre isso, Reibnitz e Prado (2003) sinalizam a importância da prática pedagógica dos espaços de aprendizagem, já que estes configuram o lócus privilegiado de construção do sujeito questionador. Ela precisa estar centrada no diálogo e fundamentada em uma relação dialógico-dialética entre educador e educando, numa perspectiva de educação problematizadora. Acrescenta-se à elucidação, que isso só se torna possível na medida em que o docente tenha a humildade como característica, reconheça-se como ser inconcluso, percebendo os limites de seu conhecimento e a possibilidade de aprender na relação de interação com o estudante (FREIRE, 2009).

As ações do Pró-Saúde fundamentam-se na educação problematizadora, a partir de um permanente esforço em que os sujeitos vão percebendo, criticamente, como figuram no mundo. Não haveria

prática sem a consciência – a ciência da prática anunciada nela. No caminho proposto, o saber do professor advém do seu comprometimento com as mudanças e transformações das práticas docentes. Essas devem ir além do ato de transmitir conhecimentos. O professor tem como atribuição a mediação do processo de aprendizagem, contribuindo para que os aprendizes ampliem suas possibilidades de conhecer, questionar e interagir com o mundo (FREIRE, 2005; 2012).

Esses achados fazem refletir sobre duas questões importantes. Primeiro, elucidam que o processo ensino-aprendizagem na área da saúde recebe influência direta das condições do ambiente no qual as práticas acontecem. Segundo, é preciso considerar que os processos formativos devem respeitar, além das mudanças do processo de trabalho em saúde, o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, tendo em vista um equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Formar cidadãos/profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e posturas, para atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado, exige mais que uma gama de conhecimentos, exige a oportunidade de vivenciar as relações que se estabelecem nesse contexto, reconhecendo as provocações dos diferentes olhares e lugares na formação desses profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que o Pró-Saúde, no contexto da proposta integrada da Unochapecó, SESAU e GERSA, contribui, não só para a reorientação da formação, ao fortalecer iniciativas de mudanças curriculares com maior valorização da participação dos estudantes no processo de aprendizagem; mas também para a mudança de modelo assistencial, ao reconhecer a rede de atenção à saúde como lócus privilegiado dessa construção. Todavia, a mudança é um processo lento e implica atitudes individuais e a percepção dos objetivos que são comuns ao grupo.

Essas possibilidades operam na perspectiva do Pró-Saúde como mobilizador do território da práxis, sobretudo, por meio da problematização do cotidiano do trabalho, na IES e na rede municipal, uma vez que aproxima o mundo da escola ao mundo do trabalho, estimulando a ação-reflexão-ação.

O Programa estimula os profissionais a mudarem conceitos, num processo de permanente educação, por meio da troca de saberes entre os mundos do ensino e do serviço, com a possibilidade de inserir o usuário nesse diálogo. Nessa direção, opera, no constante movimento de ir e vir,

avançar e retroceder, com vistas ao ajuste das relações que ali se estabelecem.

Outra questão abordada diz respeito à tradução dos espaços de saúde como material bibliográfico vivo, pois o Pró-Saúde reconhece o lócus da prática como lócus de aprendizagem, numa dinâmica ancorada na possibilidade de ler o mundo, na qual a atitude pedagógica do professor ganha destaque. A avalanche de demandas, ocasionadas pelo Pró-Saúde, permeia os mundos do ensino e do serviço e movimentam paradigmas, que, também, modificam-se, na direção dos eixos do Programa.

Ao qualificarem o Pró-Saúde, mediante os diferentes olhares e lugares, envolvidos no processo de formação, são considerados os diversos sujeitos, com maneiras singulares de pensar e de pronunciar o mundo, a partir do entendimento de cada sujeito sobre as necessidades reais da comunidade. Esses múltiplos olhares oportunizam o respeito às diferenças e ao envolvimento em construções que são comuns a todos.

O compromisso, com a mudança, faz-se possível, na medida em que os três eixos que direcionam a proposta: *Orientação Teórica*, *Cenários de Prática* e *Orientação Pedagógica*, estão ancorados no processo educativo que prevê a aproximação do homem com os desafios do mundo, a problematização e a práxis. As ações do Pró-Saúde intensificam-se na direção da integralidade, incorporando à ótica do estudante, do docente e do trabalhador a priorização do cuidado qualificado, a partir das necessidades da comunidade. Permanecerão como visíveis marcas desse processo a qualificação dos estudantes e dos profissionais e a possibilidade de atuarem de maneira colaborativa, nos campos da gestão, da atenção, do ensino e do controle social no SUS.

REFERÊNCIAS

BEHRENS, M. A. **Paradigma da Complexidade**: metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 66 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no 2.101, de 3 de Novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta no 48 de 30 de junho de 2006.** Diário Oficial da União 2006; 12 set.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 1.996/07,** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007b. Disponível em: . Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.282, de 25 de junho de 2008.** Define que os valores publicados para a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde sejam repassados durante os exercícios de 2008, 2009 e 2010 aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Diário Oficial da União 2008; 26 jun.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde:** a política e suas ações. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**[documento internet] 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CAMPOS, F. E. et al. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró Saúde. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. A (Orgs.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 25-36.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P. ; SANTOS, A. A. . Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**, v. 28, p. 159-180, 2009.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: REGO, S. et al. (Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.258-277

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.M.C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DIAS, H. S. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia**: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011. Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz: 2011.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Centauro, 2001, 116p.

_____. **Educação e Mudança.** 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e Educação.** 8. ed. São Paulo: Villa das Letras, 2007.

_____. **Professora sim, tia não: Cartas a quem ousa ensinar.** 23. Edição, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

KLEBA, M. E. et al. Práticas de Reorientação na Formação em Saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 408-414, 2012.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** Editora Hucitec, São Paulo, 1996.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 26-33, 2003.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e Educação em Enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2006, 240 p.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Rev bras educ méd.** v. 33, n.1, p. 63-69, 2009.

VENDRUSCOLO, C. et al. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 183-86, 2010.

UNOCHAPECÓ. **Comitê Gestor Local do Pró-Saúde:** gestão 2012-2013. Chapecó, 2012a.

UNOCHAPECÓ. **Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde Local:** gestão 2012-2013. Chapecó, 2012b.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA ALÉM DO QUADRILÁTERO, O PRISMA DA EDUCAÇÃO

Mais do que a produção do conhecimento em saúde, precisamos formar sujeitos para o SUS
Jairnilson Paim (2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – mesa de debates)

A mudança de modelo assistencial em saúde só é possível mediante a reorientação da formação. Para tanto, o envolvimento e compromisso de todos os segmentos – gestão, atenção, ensino e controle social – é fundamental nesse processo.

Dentre as iniciativas interministeriais voltadas à reorientação do ensino, o Pró-Saúde figura como importante instrumento/dispositivo para a efetivação da integração ensino-serviço, de acordo com os sujeitos desse estudo, membros dos segmentos que estão envolvidos na gestão da proposta integrada Pró-Saúde da Unochapecó, Secretaria de Saúde (SESAU) e Gerência Regional de Saúde (GERSA) da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional (SDR) de Chapecó. Para consolidação dessa e de outras ações de reorientação, como parte importante da política de formação em saúde, as instituições de ensino e de serviço, sobretudo, os sujeitos imbricados nesse processo, precisam transcender seus projetos individuais de saber/poder, emergindo em pensamentos profissionais e institucionais, ancorados em novas formas de produzir saúde.

No âmbito da proposta integrada da Unochapecó e parceiros, o Pró-Saúde parece estar contribuindo, não só para a reorientação da formação, ao instituir mudanças curriculares que consideram a participação e protagonismo dos acadêmicos e professores; mas também para a mudança de modelo assistencial no município e região, ao reconhecer a rede de atenção à saúde como espaço privilegiado dessa construção. Com tais avanços e perspectivas, o Programa é considerado pelos sujeitos participantes, um dispositivo para a transição de modelos, sobretudo, por meio da problematização do cotidiano do trabalho, na Instituição de Ensino Superior (IES) e na rede municipal, pois aproxima o mundo da escola ao mundo do trabalho, estimulando a ação-reflexão-ação. Na ótica dos sujeitos, que atuam na gestão intersetorial da proposta, o Pró-Saúde, como está organizado nessa proposta integrada, traduz espaços de saúde como material bibliográfico vivo ao compreender os

cenários da prática como locus de aprendizagem, destacando-se, nesse sentido, a atitude pedagógica do professor, como facilitador do processo. Os desafios que emergem com tal iniciativa, decorrem da desarticulação de alguns projetos, e da falta de preparo e da colaboração de profissionais e professores, a partir da incorporação de conceitos mais atuais relacionados ao processo saúde/doença e à prática do cuidado, ou por meio da utilização de metodologias mais ativas em sua prática docente.

O grande mérito do Pró-Saúde, todavia, tem a ver com a incorporação do olhar dos diferentes sujeitos – estudantes, professores, profissionais, gestores e comunidade – sobre a proposta. Ao atuarem, de maneira colaborativa, nos espaços colegiados de gestão, que no caso em questão são denominados Comissão Coordenadora Geral e Comitê Gestor Local do Pró-saúde, os representantes dos segmentos gestão, atenção, ensino e controle social dispõem-se “em roda”, a fim de discutirem os acertos, os equívocos e o seguimento da proposta integrada.

A lógica de gestão colegiada prevê igual poder a todas as instituições envolvidas, de modo que cada uma assuma compromissos com o processo e, por conseguinte, com a gestão democrática e horizontal do mesmo. Com tal configuração, essa forma de gestão está ancorada em atitudes problematizadoras, críticas e reflexivas, com vistas à mudança, corroborando com os pressupostos apresentados pelo educador Paulo Freire (2001a; 2001b; 2005; 2007a; 2007b; 2011a; 2011b).

Nesse sentido, o estudo permitiu constatar que as instâncias colegiadas de gestão do Pró-Saúde da proposta integrada Unochapecó, SESAU e GERSA são locus do exercício de cidadania e democracia. Como espaços de encontro entre os sujeitos intersetoriais, elas servem como exemplo para que iniciativas de integração ensino-serviço sejam instituídas/institucionalizadas como processos mais contínuos e permanentes, que extrapolem a boa vontade e a adesão de sujeitos particulares.

A representação, como capacidade dialógica do sujeito, com vistas à autonomia e à busca pelo consenso parece ser o grande desafio dos sujeitos, os quais, por vezes, ainda se sentem incapazes de apropriar-se do processo e compartilhar com os representados. Nessa perspectiva, fica clara a percepção dos mesmos sobre representar como prática de defesa de interesses do grupo representado, que está ausente. Em contrapartida, outros sujeitos compartilham de um ideário, no qual a liberdade de expressão das ideias é parte importante do ato representativo, pois o grupo representado deposita confiança naquele que o representa.

Outra questão interessante que emerge dos achados desse estudo, e que entrava o processo de institucionalização dos fóruns, tem a ver com

o reconhecimento dos papéis de cada segmento, nos fóruns gestores. A falta de compreensão de alguns sujeitos sobre o processo de gestão colegiada (por que ou o que eu estou fazendo aqui?) ou mesmo sobre o Pró-Saúde e outras iniciativas interministeriais nesse sentido, resulta na participação indevida de alguns representantes, pois causa um sentimento de não pertencimento e alheamento à proposta.

Partindo-se da compreensão da disposição de sujeitos das instâncias de gestão da educação como um quadrilátero, problematizada por outros autores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), visualiza-se cada um dos vértices composto pela interseção relacional entre os segmentos gestão, atenção, ensino e controle social. Nessa ótica, o estudo apresentou resultados interessantes, que fazem refletir os papéis e a relação entre os segmentos representados no quadrilátero da formação na saúde. Entre outros, considera-se que as instâncias colegiadas são espaços dialógicos, nos quais são realizados exercícios de cidadania e democracia. Embora existam conflitos, esses não são necessariamente negativos, uma vez que prevalece o diálogo entre os segmentos representados e que ele converge para a proposição de ações e para a mudança. No caso estudado, no âmbito das instâncias de interlocução, os conflitos têm a ver com as ações do saber e do fazer, representadas pela universidade e pelo serviço de saúde, respectivamente. Nesse sentido, vale lembrar que o fundamental é saber conviver e lidar com tais enfrentamentos, por meio de ferramentas de gestão eficientes, que possibilitem transformar relações de poder em interações mais horizontais e mais flexíveis, os participantes parecem acatar tal essência.

No que se refere à implicação da IES, como parte integrante do quadrilátero junto a tais estruturas de gestão do Pró-Saúde, os sujeitos que representam o segmento ensino consideram sua responsabilidade como formadores de opinião e de futuros profissionais para o modelo de atenção vigente – Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço de saúde, de outro lado, refere suas dificuldades para lidar com as questões gerenciais (de demanda excessiva e, também, quanto à concepção de saúde do usuário, ainda centrada no modelo de atenção biomédico) aliadas às necessidades advindas da formação, que compreendem a inclusão dos estudantes e professores no dia a dia do processo de trabalho, com tempos e prioridades diferenciadas. Assim, entre tais segmentos, são postas situações de enfrentamento, que envolvem a defesa de interesses de um e de outro. Trata-se, afinal, de uma relação – que se pretende – de alteridade entre diferentes saberes (teoria e prática), mas, na realidade, nem sempre flui, naturalmente, o livre movimento dos sujeitos, na direção da práxis. O que se percebe são interesses individuais, que, por vezes,

sobrepõem-se à prerrogativa constitucional ou ao ideário, que atribui ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Os interesses estão implicados nessa construção, emanam dos diferentes sujeitos que compõem a IES – docentes, discentes, gestores, áreas da saúde, núcleos do saber.

A participação dos usuários em instâncias de decisão na área da saúde é um direito garantido por lei no Brasil, mediante ação denominada de controle social, exercida em especial nos conselhos gestores (BRASIL, 1990). O usuário aqui é o cidadão que faz uso do serviço (e nesse sentido todos o fazem), mas que, para dar sentido a representação, não deveria pertencer a um dos outros lados do quadrilátero. Em tese, o representante de qualquer um dos vértices do quadrilátero poderia ser “duplo representante”, o que todavia, para garantir e respeitar o princípio doutrinário da lei, deveria ser evitado. O que se percebe, portanto, nas instâncias de gestão do Pró-Saúde da Unochapecó e parecidos, é que a participação do controle social é pouco freqüente, que, quando ocorre, nem sempre o representante é o usuário (no sentido desejado) do serviço, mas outro membro do Conselho Municipal de Saúde (CMS) – muito frequentemente, profissionais de saúde ou representante da gestão.

Vale lembrar que o CMS, por conta da paridade, é composto por usuários, prestadores de serviço, trabalhadores ou gestores. Nesse sentido, a participação do controle social no quadrilátero apresenta uma distorção – um desvio de prisma – o que acaba por comprometer a paridade que se deseja nesse processo.

Nas estruturas de gestão colegiada, o gestor (Secretário Municipal de Saúde) é representando por dirigentes de setores da estrutura de gestão, como Atenção Básica, Vigilância, Planejamento, Gerência do Trabalho e da Educação Permanente, entre outros. Isso também ocorre em relação à representação da gestão estadual, o que demonstra, da parte de muitos dos gestores, um reconhecimento e valorização inconsistentes do papel, que seus representantes exercem nesses espaços, sem garantia do apoio necessário e dos encaminhamentos implicados a partir das decisões tomadas nesses fóruns.

Quanto aos trabalhadores e seu desenvolvimento na perspectiva do SUS, é conhecida a insuficiência de preparo para o desempenho das atividades no Sistema, apesar dos avanços registrados durante o período histórico de sua vigência. É consenso, entre os críticos da saúde e da educação, a hegemonia do modelo de atenção centrado na racionalidade biomédica, o qual reflete no ensino na área da saúde.

Os problemas, portanto, relacionados à participação e à representação dos segmentos representados na proposta integrada

estudada, são oriundos das ligações, por vezes frágeis, entre os sujeitos representantes e representados, ou mesmo os problemas relacionados à importância (poder) do representado junto à sua entidade de origem – e em nome da qual supostamente fala – que implica a tomada de decisões que podem comprometê-la.

Estamos convencidos que a representação dos segmentos nas instâncias de gestão colegiada dos processos educativos, como é o caso das comissões de gestão e acompanhamento local do Pró-Saúde, ocorre de maneira heterogênea. Gestão e controle social são os segmentos que menos se envolvem, ao passo, que ensino e serviço, entre acordos e divergências, têm construído um caminhar coletivo, representados, no âmbito do seu segmento, da seguinte maneira: no ensino estão representados gestores da IES, docentes e, em menor proporção, estudantes; representando o serviço, fazem-se presentes profissionais da atenção. O segmento gestão, embora menos presente, quando representado, faz-se por meio de profissionais/coordenadores de departamentos (atenção básica, vigilância epidemiológica, entre outros), mediante indicação do Secretário da Saúde, nunca por meio da sua presença em pessoa. Já o controle social, como problematizado, tem no usuário/cidadão, um sujeito, poucas vezes, representado, de fato. A figura a seguir (Figura 6), procura ilustrar esses aspectos.

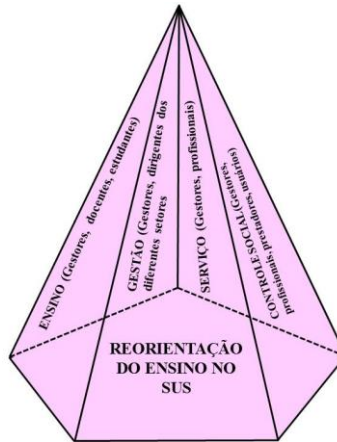


Figura 6 - Diagrama ilustrativo da reorientação do ensino no SUS.

Dessa maneira, cada um dos sujeitos e segmentos representados – educadores, usuários, gestores e trabalhadores – estão implicados em realidades e situações diversas, as quais repercutem na maneira de exercer essa representação. Nas IES, temos o maior controle do processo de formação, sendo que os sujeitos que exercem a representação com mais afinco são docentes, havendo pouca participação de estudantes e gestores desse segmento. O trabalhador, representado nos segmentos gestão, serviço e, via de regra, controle social, tem o domínio do cenário das práticas e enfrenta problemas advindos do processo de trabalho, alinhados a uma formação biologicista e a uma comunidade com necessidades básicas de atenção à saúde, além do estranhamento diante da presença da IES (docentes/discentes), compreendendo-os, muitas vezes, como intrusos.

Com essa configuração, esse quadrilátero, por vezes, não se configura como tal, pois, lhe faltam elementos para encaixar os vértices, ou ainda, percebe-se a intervenção de outros elementos em um mesmo segmento, configurando-se o que poderíamos definir como um “prisma da formação”, para além de um quadrilátero.

Acredita-se que a interação efetiva entre os segmentos que fazem parte do complexo sólido, que tentamos representar, produz nos sujeitos maior compromisso, por meio de relações de vínculo e responsabilização entre estudantes, usuários, professores, profissionais, gestores e outros parceiros na produção dos processos de educação e de cuidado em saúde.

O prisma pode ser utilizado para refletir raios luminosos, utilizando-se dessa metáfora, podemos supor que ainda há muitos alinhavos, que precisam ser feitos e questões para serem ajustadas em relação a esses espaços de aprendizado da democracia. Contudo, se já são perceptíveis os reflexos provocados pela ação do quadrilátero, certamente, as discussões entre os segmentos tem gerado oportunidades significativas para a conformação de “prismas”, que traduzem a complexidade, a riqueza e a potência dos processos educativos em saúde.

O exercício de democracia, de inclusão e de responsabilização dos sujeitos, que estão implicados na construção do SUS é o grande desafio do Pró-Saúde e de outras ações voltadas à reorientação e qualificação dos processos de ensino na saúde. Os sujeitos que compõem a estrutura das instâncias de gestão de tais ações – seja como quadrilátero, seja como prisma – reinventam-se gradativamente e, nessa perspectiva, também, reinventam a maneira de produzir saúde. O que se percebe é que os sujeitos estão cada vez mais convictos de que a mudança é possível, desde que a integração dos elementos implicados, consolide-se como parceria no seu sentido mais amplo, sejam os segmentos representados por estudantes, docentes, profissionais, gestores, usuários ou outros sujeitos, desde que o foco seja a promoção da saúde para a população.

Com tais argumentos, propõem-se um maior compromisso com a participação em arenas deliberativas dessa natureza, a fim de transformar a prática e contribuir com a democracia. É preciso, contudo, atentar para não deixar escapar a dimensão da criatividade, congelando as relações que se estabelecem, na defesa de homogeneidade de posições, sem dar vazão para a alteridade, ao livre movimento dos indivíduos, mediante seus diferentes pontos de vista. Essa atitude libertária (FREIRE, 2005) favorece a criatividade, resultando em “relações mais fecundas”, originárias de elementos que não são fruto do pensamento de um ou de outro sujeito, mas sim, inovadoras (ABERS; KECK, 2008).

Os achados desse estudo apresentam desafios relacionados à integração ensino-serviço, mas também apontam avanços, no caso da Unochapecó, SESAU e GERSA de Chapecó, sobretudo concretizados pela possibilidade de reunir os sujeitos, envolvidos na gestão do Pró-Saúde, por meio da negociação, do diálogo, do respeito às diferenças e à alteridade. O Pró-Saúde propõe a aprendizagem significativa, a partir da reflexão sobre as práticas, intensificada na interação entre sujeitos do ensino e do serviço, possibilitando olhares e saberes diversos, com vistas à sua reorientação. Integrar, nesse caso, pressupõe, de certo modo, deixar-se levar por relações dialógicas e criativas, inclusive considerando as divergências, com vistas à reconstrução das práticas. Nessa direção, a

relação entre os mundos do trabalho e da educação em saúde vem-se consolidando a partir de interesses diversos, mas nem sempre antagônicos. A articulação essencial entre eles requer que os conflitos sejam superados, com base em movimentos emancipatórios e políticos, com vistas à transformação. Sendo assim, os níveis de envolvimento e comprometimento dos diferentes sujeitos que compõem o prisma das instâncias de gestão do Pró-Saúde, são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas de integração entre o ensino e o serviço.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a Diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, v. 21, n. 52, p. 99-112, 2008.
- ADUE, I. M. et. al. Las controversias entre cuantificación y cualificación em investigación. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa em enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: PALTEX, 2008.
- ALBUQUERQUE, V. A. et al. A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Educ Médica**. v. 32, n. 3, p. 356 – 362, 2008.
- ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no sistema único de saúde. **Rev. APS**, v. 13, n. 1, p.126-132, 2010.
- ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.5, p. 629-636, 2002.
- ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 61, supl.1, p. 31-35, 2008.
- ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde UNIFOR e seus nove cursos de graduação. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p. 119-126, 2012.
- AMÂNCIO FILHO, A., VIEIRA, A. L. S., GARCIA, A. C. P. Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **RBEM**, v.30, n. 6, p. 161-70, 2006.
- AMORETTI, R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. bras. educ. méd.**,v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- ANACLETO, K. L.; CUTOLO, L. R. A. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na

Estratégia Saúde da Família. **ACM arq catarin med**, v. 36, supl. 4, p. 76-83, 2007.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. baiana saúde pública**, v.31, n. 1, p. 20-31, 2007.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único De Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Rev Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 7-15, 2008.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, v. 4, supl.1, p. 128-143, 2008.

BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. O. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 339-4, 2008.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. São Paulo: Arte e Ciência, 1998. 664p.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BATISTA, M. J. et al. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. **Arq odontol.**, v. 46, n. 3, p. 144-151, 2010.

BEHRENS, M. A. **Paradigma da Complexidade**: metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

BERNARDES, A. et. al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007.

BINZ, M. C.; MENEZES FILHO, E. W.; SAUPE, R. Novas tendências, velhas atitudes: as distâncias entre valores humanísticos e inter-relações

observadas em um espaço docente e assistencial. **Rev bras educ méd.**, v. 34, supl.1, p. 28–42, 2010.

BORDENAVE, J. D. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BORDENAVE, J. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [internet] 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. **Lei n.11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Brasília; 2005c.

_____. **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. [documento internet] 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

_____. **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 inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [internet] 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2008.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 16 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº1133 de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 03 de 10 de 2001a. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 95, de 26/01/01**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 – “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.116. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. 4ª versão. [internet] 2002. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/projetos/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília (DF) (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no 2.118, de 04 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. [documento internet] 2005a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no 2.101, de 3 de Novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os Cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399**, de 22 de março de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília (DF), 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 1.996/07**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [internet] 2007a. Disponível em: Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no. 3.019, de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 698, de 19 de julho de 2007.** Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007.** Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007e.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007f. 78 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde** [internet] 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sktes>>. Acesso em: 24 jul.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [internet] 2011a. Disponível em:

<<http://www.conasems.org.br/site/index.php/juridico/leis-e-decretos>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.** 2011c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Edital n. 24, de 15 de dezembro de 2011:** Seleção de projetos de educação de Instituições de Ensino Superior. [documento internet] 2011c. Disponível em: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

_____. **Relatório do I Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II e I Encontro Nacional dos Coordenadores dos Projetos Selecionados para o Pet-Saúde.** Brasília: Hotel Nacional, 2009. 456 p.

_____. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BREHMER, L. C. F. **A Integração Ensino-Serviço em Experiências do Pró-Saúde na Enfermagem/SC:** estratégia para a consolidação da atenção básica à saúde. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) - - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013. 240 p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

CALDEIRA, E. S. **Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde:**a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado) Montes Claros (MG): Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES): 2010.

- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n. 1, p. 045-052, 2008.
- CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica de saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v.25, p. 11-26, 2001.
- CAMPOS, F. E. et al. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró Saúde. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. A (Orgs.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 25-36.
- CAMPOS, G. V.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. 402p.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.
- CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 256-61, 2008.
- CARBONI, F.; MAESTRI, M. **A Linguagem Escravizada**: língua, história, poder e luta de classes. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012. 152p.
- CARVALHO, A. M. M. **Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul**. 2011. Dissertação (Mestrado), Porto alegre (RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2011.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 137-70.
- CARVALHO, S. R., GASTALDO, D. Promoção à saúde e

empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n .2, p. 2029-2040, 2008.

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R. O.; PADILHA, W. W. N. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arq Odontol**, v. 46, n. 4, p. 224-231, 2010.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, R. B. A emergência da Educação e Ensino da Saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

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**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P. ; SANTOS, A. A. . Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**, v. 28, p. 159-180, 2009.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: REGO, S. et al. (Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.258-277.

_____. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, p. 443-456, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle

Social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CELEDÔNIO, R. M. et al. Políticas de Educação Permanente e Formação em Saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, v. 13, supl.5, p. 1100-1110, 2012.

COELHO, M. Q. et al. Odontologia no contexto do sistema único de saúde de Montes Claros, Minas Gerais. **Arq Odontol**, v. 47, n. 2, p. 65-72, 2011.

COLLISELLI, L. **Compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social e seus processos**, 2009. 125 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-937, 2009.

COSTA, J. R. B. **Aprendizagem em Unidades Básicas de Saúde da Família e metodologias ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Orgãos**. 2009. Dissertação (Mestrado) Florianópolis (SC): Universidade Estácio de Sá: 2009.

COSTA, H. O. G.; KALIL, M. E. X.; SADER, N. M. B. Red UNIDA: Un nuevo actor social em El campo de las políticas públicas. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L., LLANOS, C. M. (editores.) **La educación de los profesionales de la salud em latinoamerica: teoría y práctica de un movimiento de cambio**. São Paulo, Buenos Aires, Londrina: Hucitec, Lugar Editorial, Ed. UEL, 1999.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 503-517, 2008/2009.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, Injustiça e Desigualdade Social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 31, n. 2, p. 278 – 286, 2007.

CUTOLO, L. R. A. O SUS e a formação de recursos humanos. **ACM arq. catarin. med**, v. 32, n. 2, p. 49-59, 2003.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: PALMA, M. B. A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, 240p.

DEMO, P. **Participação é Conquista**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DENNAN, C. A.; HARO, J. A. **Por los rincones** – antologia de métodos cualitativos en la investigación social. Hermosilo. El Colegio de Sonora, 2000.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir** – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: CNPq/IBICT/UNESCO, 2010 (*Título original: Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights)*). Paris: UNESCO, 1996).

DIAS, C. M. G. C. et al. O PET-Saúde como Ferramenta Estratégica de Implantação de um Curso de Medicina em uma Universidade Pública: relato de uma experiência. **Rev. bras. educ. méd.**, v. 36, n. 1, p. 76-79, 2012.

DIAS, H. S. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia**: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011. Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz: 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 6, p. 1613-1624, 2013.

DUARTE, F. M. Formação profissional em saúde: alguns apontamentos. **Movimentos Sociais, Direitos e Sociedade**, v. 1, supl.1, p. 1-31, 2012.

FARIAS, L. D.; SILVA, C. C. Administração em Enfermagem: desvelando as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas de seu ensino em João Pessoa – PB. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 037-044, 2008.

FERRAZ, F. **Contexto e Processo de Desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011, 421p.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 482-493, 2012.

_____. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p. 127-133, 2012.

FERTONANI, H. P. **Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança**: o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Florianópolis, SC, 2010, 235 p.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev., 2003.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface comun. Saúde educ**, v. 15, n. 39, p. 1053-67, 2011.

FIUZA SANCHEZ, H. et al. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, v. 18, n. 1, p. 101-109, 2012.

FORMIGLI, V. L. et al. Projeto Político-Pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 79, supl.1, p. 3-47, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-163, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001a, 116p.

_____. **A educação na cidade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001b.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007b, 158 p.

_____. **Educação e mudança**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e educação**. 8. ed. São Paulo: Villa das Letras, 2007a.

_____. **Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar**. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da Pergunta**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011, 232p.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008, 224 p.

FREIRE, R. P. et al. O currículo integrado da Faculdade de Enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação de recursos humanos para o SUS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 381-384, 2003.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 69-115.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Rev bras educ méd.**, v. 35, supl. 4, p. 557-566, 2011.

GÓMEZ, M. S. Ideas filosóficas que fundamentan la pedagogía de Paulo Freire. **Revista Iberoamericana de Educación**, n. 46, p. 155-173, 2008.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, 2010.

GUARESCHI, N. M. F. et al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arq. Bras. Psicol.**, v. 61, n. 3, p. 35-45, 2009.

GUSSO, G. D. F.; ALMEIDA, R. C. C. Necessidades de Saúde e de Ensino. In: MARTINS, J. J. N.; REGO, S. (Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

HADDAD, A. E.; RISTOFF, D.; PASSARELLA, T. M. A aderência dos cursos de graduação em Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.119-52. (Série F, Comunicação e Educação na Saúde).

HADDAD, A. E. et al. A educação médica no contexto da Política Nacional de Educação na Saúde. In: **Educação Médica: gestão, cuidado,**

avaliação. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

_____. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 32, n. 11, p. 98-114, 2008.

HADDAD, A. S. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**, v. 44, supl.3, p. 383-391, 2010.

HAYACIBARA, M. F. et al. II Fórum dos Projetos Pró-Saúde Odontologia das Universidades do Estado do Paraná - relato de experiência. **Espaço Saúde**, v. 11, supl.1, p. 54-60, 2009.

KISIL, M., CHAVES, M. Introdução ao Programa UNI. In: FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Batlle Creek, EUA, 1994.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do Empoderamento com Conselhos Gestores de um Pólo de Educação Permanente em Saúde. **Texto contexto em enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-42, 2007.

KLEBA, M. E. et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 793-802, 2010.

_____. Práticas de Reorientação na Formação em Saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 408-414, 2012.

KLEBA, M. E.; PIECZKOWSKI, T. Z. **Proposta Integrada Pró-Pet-Saúde**: consolidando o movimento de reorientação da formação profissional em saúde da Unochapecó. Unochapecó: Chapecó, 2011.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gaz méd Bahia**, v. 78, supl.1, p. 31-37, 2008.

LANDERDHA, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2431-2436, 2010.

LANE, D.; MAXFIELD, R. Strategy under complexity: fostering generative relationships. **Long Range Planning**, [S.l.], v.29, n.2, p.215-231, 1996.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-55, 2007.

LUCHESE, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev Eletr Enf.**, v. 12, supl. 3, p. 562-566, 2010.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-10, 2004.

MARQUES, N. **Concepções dos professores de Centro de Ciências da Saúde (CCS) sobre as práticas curriculares interdisciplinares**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí, 2005.

MARTINS, R. J. et al. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc.**, v. 18, n.1, p. 75-82, 2009.

MASCARENHAS C. V. **Promoção da Saúde: Representações Sociais de Acadêmicos dos Cursos de Graduação na Área da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MATSUMOTO, K. S. **A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica:** uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Rio de Janeiro (RJ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2010.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683-92, 2010.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Interface comun. Saúde educ**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 69-79, 2010.

MORAES, J. T.; LOPES, E. M. T. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 435-444, 2010.

MORAIS, F. R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 442-9, 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface comun. Saúde educ**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.

_____. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Rev bras educ méd.**, v. 33, supl. 3, p. 428-436, 2009.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, UNESCO, 2011.

MORITA, M. C. et al. Projeto Pró-Saúde odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. **Rev Espaço Sal.**, v. 8, supl. 2, p. 53-57, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C., CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-41, 2007. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.

NEGRI, B.; SANTOS, G.F. Apresentação. In: CASTRO, J.L. (Org). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília (DF): MS; 2002. p.11-12.

NETO, J. S. M. Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e do agir comunicativo. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários da justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface comun. Saúde educ**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1127-41, 2011.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Rev bras educ méd.**, v. 32, supl. 3, p. 333-346, 2008.

PAGRIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499; 2008.

PALMIER, A. C. et al. Inserção do aluno de Odontologia no SUS: Contribuições do Pró-Saúde. **Rev bras educ méd**, v. 36, supl.1, 152-157, 2012.

PELANDRÉ, N. L. **Ensinar e aprender com Paulo Freire**: 40 horas 40 anos depois. 3. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2009.

PERES, C. M. et al. Aprendizado Eletrônico na Formação Multiprofissional em Saúde: Avaliação Inicial. **Rev bras educ méd.**, v. 6, supl.1, p. 134-141, 2012.

PIMENTA, A. L. A Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.29-45, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPECÓ. **Lei nº. 5.511 de 13 de março de 2009**. Estabelece nova composição e estrutura de Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Chapecó – SC, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó**: Gestão 2010-2013. Chapecó – SC, 2010.

PUCINI, R. F. et al. O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Contribuições para Institucionalização e Integração Universidade/Serviços de Saúde. **Rev bras educ méd.**, v. 1, p. 80-88, 2012.

REDE UNIDA. Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares nos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 16, 11- 28, 1998.

REDE UNIDA. **Contribuições da Rede Unida para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br>> Acesso em: 16 out. 2012.

REIBNITZ, K. S. Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 698-702, 2004.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. **Texto contexto e enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 26-33, 2003.

_____. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006, 240 p.

RIBEIRO, E. C. O. Programas de residência médica em oncologia orientados por competência: trajetória de uma construção coletiva. **Rev. bras. cancerol**, v. 53, n. 1, p. 99-118, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. 2. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociais – Clacso: São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 127/CIB/07**, de 04 de outubro de 2007. Homologa os Colegiados de Gestão Regional em número de 15, aprovados na Deliberação 044/CIB de 22 de Junho de 2007. Mudanças pontuais pactuadas, conforme estabelecidas no anexo que faz parte desta Deliberação. [documento internet] 2007a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20127-CIB-04-10-07.doc>. Acesso em: 27 jul. 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 225/CIB/07**, de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de

Integração Ensino-Serviço. [documento internet] 2007b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc>. Acesso em: 27 jul. 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 079/CIB/09**, de 16 de julho de 2009. Define a constituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando no 16º CGR no Estado de Santa Catarina. [documento internet] 2009. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc>. Acesso em: 21 set. 2009.

SCHIMIDT, S. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia nos serviços de atenção básica**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 181 p.

SENA, R. R. Incentivo às mudanças na formação em enfermagem: contexto e perspectivas .as experiências da Rede Unida. In: **Anais do 6. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem: educação e mudanças: discutindo os contextos, textos, lições e propostas** (organização: Ana Maria Ribeiro dos Santos, Maria Zélia de Araújo Madeira). Teresina: Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Piauí, 2003, 647 p.

SERAPIONI, M.; ROMANÍ, R. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, 2006.

SILVA, M. A. M. et al. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v.16, n.42, p.707-17, 2012.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, supl. 2, p. 315-321, 2011.

SILVA, P. M. **Políticas Públicas e formação em psicologia**: a formação como experiência e prática de si. 2010. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre (RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2010.

SOUZA, A. E (Org.). **Paulo Freire**: vida e obra. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010, 344p.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface comun saúde educ.**, Botucatu, v. 15, supl. 39, p. 1071-1084, 2011.

SOUZA, M. C. A. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: relato de uma experiência. **Rev Flum Odontol**, v. 17, supl. 36, p. 32-34, 2011.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. **Rev bras educ méd.** v. 33, n.1, p. 63-69, 2009.

TEIXEIRA, M. L. et al. Participação em Saúde: do que estamos falando? **Sociologias**. Ano 11, n. 21, p. 218-251, 2009.

TEIXEIRA, S. M. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Rev. Katál.**, v. 10, n. 2, p. 154-163, 2007.

TOLDRÁ, R. C.; MUNÕZ PALM, R.D. C. Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 18, n. 3, p. 131-141, 2009.

TOMBINI, L.H.T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

TONIOLO, J. M. S. A. **Diálogo e amorosidade em Paulo Freire**: dos princípios às atitudes na formação de professores. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2010.

UNOCHAPECÓ [internet]. 2012a. Disponível em: <<https://www.unochapeco.edu.br/>>. Acesso em 12 ago. 2012.

UNOCHAPECÓ. **Comitê Gestor Local do Pró-Saúde**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012b.

UNOCHAPECÓ. **Comissão Coordenadora Geral do Pró-Saúde Local**: gestão 2012-2013. Chapecó, 2012c.

VANDERLEI, M. I. G., WITT, R. R. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, n. 64, p. 131-137, 2003.

VENDRUSCOLO, C. et al. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 183-86, 2010.

VIANA, A. L. A. et al. O Modelo Polos: comparação de duas experiências recentes. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. A (Orgs.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 144-186.

VINCENT, S. P. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. bras. cancerol**, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

WATERKEMPER, R. Formação da atitude crítica e criativa do acadêmico de enfermagem na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional: um estudo de caso. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012, 325p.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-84, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.



ZEFERINO, A. M. B.; ZANOLL, M. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque

na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Rev bras educ méd.**, v. 36, supl.1, p.141-146, 2012.

ZITKODKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo Revisão Integrativa da Literatura 1

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p>PROTOKOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA</p>	
<p>I. RECURSOS HUMANOS: Pesquisador: Dda.Carine Vendruscolo (1) Pesquisadores orientadores: Dra. Marta Lenise do Prado(2); Dra. Maria Elisabeth Kleba(3)</p>	
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1* - Avaliação do protocolo: 2,3 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1, 3 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1, 2, 3 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2, 3 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 2,3 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1,2,3 <p><i>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</i></p>	
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA:</p> <p>- Avaliador sobre o tema formação de profissionais de saúde para o SUS e sobre o método empregado: Dra. Letícia de Lima Trindade</p>	
<p>IV. PERGUNTA: Quais as tendências dos estudos sobre a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde, no Brasil, no período de 2001 a 2012?</p>	
<p>V. OBJETIVO: Analisar as tendências dos estudos sobre a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde, no Brasil, no período de 2001 a 2012.</p>	

VI. DESENHO DO ESTUDO: Pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (Ganong, 1987).

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões), teses e dissertações; estudos nos idiomas inglês, português ou espanhol publicados no período entre 2001 e 2012; trabalhos disponibilizados online, com os seguintes unitermos: “Formação de Recursos Humanos” and “Sistema Único de Saúde – SUS”, evidenciados no estudo.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais; publicações do tipo: livros; capítulos de livros; publicações de autoria governamental; boletins informativos; monografias, trabalhos de conclusão de curso de graduação; resumos; estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise; estudos duplicados.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

a) Descritores:

- **Formação de Recursos Humanos** (*Human Resources Formation*)
– Capacitação e formação profissional de recursos humanos, tanto técnicos como científicos
- **Sistema Único de Saúde - SUS** (*Unifield Health System*) -
Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

b) Bases de Dados: BVS/BIREME: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>> congrega as seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínico, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS” (BIREME, 2012).

d) Busca de trabalhos publicados no período de: 2001 a 2011

X. CAPTAÇÃO DOS ESTUDOS: Os dados serão coletados na base de dados mencionada acima, utilizando os respectivos descritores.

XI. COLETA DOS DADOS:

A busca dos artigos será realizada com o acesso na base de dados supracitada, via acesso portal de periódicos CAPES/UFSC, nas quais serão estipulados os limites desejados. Todos os trabalhos encontrados serão submetidos à próxima etapa desse protocolo.

Informações a serem extraídas das produções: título, autores, periódico, ano, natureza do estudo, objetivos e achados/conclusões.

XII. ANÁLISE DOS DADOS: AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos, será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo desse estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Excel e analisados a partir itens relacionados na matriz. Dentro de cada itens, as ideias serão agrupadas por similaridade, de modo a se desenvolverem uma síntese de forma narrativa. A avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura.

XIII. SÍNTESE DOS DADOS: As categorias serão apresentadas em formato de tabela elaborada no programa Microsoft Word.

XIV. DIVULGAÇÃO: Manuscrito em revista indexada.

XV. CRONOGRAMA:

Período Atividade	2012				
	Ago	Out	Nov	Dez	Dez
Elaboração protocolo					
Validação protocolo					
Busca dos estudos					
Seleção dos estudos					
Organização dos estudos em tabela					
Avaliação crítica dos estudos					
Análise dos dados coletados					
Discussão e Conclusões					
Elaboração artigo Revisão Integrativa					
Finalização do Artigo					
Encaminhamento do Artigo para periódico					

XVI. REFERÊNCIAS:



BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS/BIREME). **DECS - Descritores em Ciências da Saúde**. Acesso em: 15 abr, 2012. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Banco de Teses**. Acesso em: 15 ago, 2012. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/> .

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOOGLE ACADÊMICO. **Sobre o google acadêmicos**. Acesso em: 15 de ago, 2012. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/intl/pt-BR/scholar/about.html>

APÊNDICE B - Protocolo Revisão Integrativa da Literatura 2

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>	<p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>
<p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p>		
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p>		
<p>Dda. Carine Vendruscolo (1) Dr^a Marta Lenise do Prado (2) Dr^a. Maria Elisabeth Kleba (3)</p>		
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1* - Avaliação do protocolo: 2,3 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1, 3 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos: 1, 2, 3 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2, 3 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 2,3 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1,2,3 		
<p>* <i>Os números condizem o nome dos pesquisadores, apresentados no item anterior.</i></p>		
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO</p>		
<p>Avaliador sobre o tema e o método: Dra. Fabiane Ferraz</p>		
<p>IV. PERGUNTA</p>		
<p>Quais são as características de trabalhos produzidos sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e como a integração ensino-serviço expressa-se nos trabalhos?</p>		
<p>V. OBJETIVO</p>		
<p>Identificar o perfil e descrever as dimensões temáticas e abordagens metodológicas dos resultados de trabalhos, produzidos no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Descrever como a integração ensino-serviço expressa-se nos trabalhos.</p>		
<p>VI. DESENHO DO ESTUDO</p>		
<p>Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa. As etapas serão conduzidas a partir de (GANONG, 1987):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; 		

2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
3. Seleção da amostra;
4. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
5. Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel, constituindo um banco de dados;
6. Análise dos resultados;
7. Discussão dos resultados;
8. Apresentação do estudo em forma de artigo(s) científico(s).

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões), teses e dissertações;
- b) trabalhos nos quais objetivo geral e/ou específicos refere-se, explicitamente, ao objeto de estudo;
- c) idioma: inglês, português, espanhol;
- d) período: 2007 a 2012;
- e) disponíveis online na forma completa.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) artigos do tipo: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais;
- b) publicações do tipo: livros; capítulos de livros; publicações de autoria governamental; boletins informativos; monografias, trabalhos de conclusão de curso de graduação; resumos;
- c) estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise;
- d) estudos duplicados.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

a) Termo: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

b) Bases de Dados:

- BVS/BIREME: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>> congrega as seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS” (BIREME, 2012).

- Google Acadêmico: trata-se de um repositório de materiais acadêmicos que

possibilita a identificação das pesquisas mais importantes no mundo acadêmico, podendo ou não apresentar textos completos para resgate a análise. Possibilita a pesquisa de várias disciplinas e fontes em um só lugar: artigos revisados por especialistas (peer-reviewed), teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas (GOOGLE ACADÊMICO, 2012).

- Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

c) **Período:** 2007 a 2012

X. BUSCA, SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

- Busca livre na BVS/BIREME - item “pesquisa na bvs”, usando o termo: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (sem aspas); selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”, o último item significa que a busca será realizada em todas as bases que compõem a BIREME. No item “idioma” da coluna à esquerda do site, selecionar os idiomas: português, inglês e espanhol.

- no Google Acadêmico, site <<http://scholar.google.com.br/>>, a partir do termo: “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde” (com aspas), selecionando os itens: qualquer data, páginas em espanhol, inglês e português, com pelo menos um resumo.

- no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), site: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>>, clicar em “resumos”, inserir no item “assunto” o termo < Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde> (sem aspas); clicar em “pesquisar”.

- A **1ª seleção** dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

- 1) busca do quantitativo de trabalhos apresentados na BVS/Saúde, Banco de Teses da Capes e Google Acadêmico ;
- 2) leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos gerados nos buscadores a partir da seleção pelos critérios de inclusão e exclusão;
- 3) todos os estudos que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão serão coletados e salvos no gerenciador bibliográfico EndNote;
- 4) revisão por pares dos estudos pré-selecionado.

- A **2ª seleção** dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

- a) os pesquisadores (orientadores e aluno) farão uma leitura flutuante dos

trabalhos completos, que ocorrerá de modo independente; os trabalhos excluídos por ambos, serão retirados da análise, os trabalhos que apenas um pesquisador optar por excluir, serão analisados pelos autores em grupo, os quais definirão a inclusão ou exclusão do mesmo.

b) os trabalhos incluídos passarão por uma análise na qual serão extraídos os itens que alimentarão duas MATRIZES construídas para organização e análise dos dados.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos, será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo desse estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Excel e analisados a partir itens relacionados na matriz. Dentro de cada item, as ideias serão agrupadas por similaridade, de modo a se desenvolverem uma síntese de forma narrativa. Essa avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura.

XII. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para o periódico em junho de 2013 conforme cronograma abaixo.

XIII. CRONOGRAMA

Atividade	Período				
	Ago/2012	Mar/2013	Abr/2013	Mai/2013	Jun/2013
Elaboração protocolo					
Validação protocolo					
Busca dos estudos					
Seleção dos estudos					
Organização dos estudos em tabela					
Avaliação crítica dos estudos					
Análise dos dados coletados					
Discussão e Conclusões					
Elaboração artigo Revisão Integrativa					
Finalização do Artigo					
Encaminhamento do Artigo para periódico					

XIV. REFERÊNCIAS:

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS/BIREME). **DECS - Descritores em Ciências da Saúde**. Acesso em: 15 abr, 2012. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Banco de Teses**. Acesso em: 15 ago, 2012. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GOOGLE ACADÊMICO. **Sobre o google acadêmicos**. Acesso em: 15 de ago,

2012. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/intl/pt-BR/scholar/about.html>

APÊNDICE C - Protocolo entrevistas semiestruturadas

Descrição do entrevistado: _____

Participação:

Comitê Gestor do Pró-Saúde Comissão Coordenadora do Pró-Saúde Comitê Gestor e Comissão Coordenadora do Pró-Saúde

Segmento que representa:

ensino gestão controle social trabalho na área da saúde

Instituição:





Cargo ocupado: _____

Função: _____

Tempo de participação no Comitê Gestor Local e/ou Comissão Coordenadora do Pró-saúde: _____

1. Como você percebe essa estrutura (Comitê Gestor Local ou Comissão Coordenadora do Pró-Saúde)?
2. Como ocorre a integração entre o ensino e o serviço a partir do Comitê Gestor Local ou Comissão Coordenadora do Pró-Saúde?
3. Como você se percebe nesse processo e como tem exercido a sua participação como representante do ... [segmento que representa]?
4. Comente sobre o papel do ... [segmento que representa] nesse processo?
5. Como você percebe, nessas instâncias, a participação, o diálogo, a democracia e a integração ensino-serviço?
6. Deseja comentar mais alguma coisa em relação ao que conversamos?

APÊNDICE D - Resumo do projeto a ser entregue aos participantes

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>	<p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	 <p>UFSC CCS CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS</p>	 <p>UFSC</p>
<p>TÍTULO: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTOS DAS INSTÂNCIAS DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE</p>				
<p>PESQUISADORES:</p>				
<p>Dda. Carine Vendruscolo – carineven@yahoo.com.br</p>				
<p>Dra. Marta Lenise do Prado – marta.lenise@ufsc.br</p>				
<p>Dra. Maria Elisabeth Kleba – lkleba@unochapeco.edu.br</p>				
<p>TESE: As instâncias de gestão das ações estruturantes interministeriais de reorientação da formação profissional em saúde, sobretudo o Pró-Saúde, favorecem a integração ensino-serviço no âmbito do SUS, a partir dos movimentos de aproximação, diálogo e corresponsabilização entre os gestores, os trabalhadores, o controle social e o ensino, e contribuem para consolidar o SUS.</p>				
<p>PERGUNTA: como os fóruns de gestão colegiada do Pró-Saúde desenvolvem suas atividades, a fim de fomentar a integração ensino-serviço no município de Chapecó/SC?</p>				
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p>				
<p>a) compreender como os fóruns gestores potencializam a integração ensino-serviço;</p>				
<p>b) analisar como ocorre a representação e participação dos quatro segmentos nos espaços colegiados de integração ensino-serviço em saúde;</p>				
<p>c) descrever como os sujeitos percebem a integração ensino-serviço no âmbito das instâncias de gestão do Pró-Saúde;</p>				
<p>d) desvelar as contribuições do Pró-Saúde para a mudança nos modelos de atenção e formação de profissionais.</p>				
<p>DESENHO DO ESTUDO:</p>				
<p>Trata-se de um estudo de caso único (YIN, 2010), de estratégias descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.</p>				

PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS:

De modo a atender aos objetivos por meio das estratégias explanatórias e descritivas da pesquisa, pretende-se utilizar as seguintes técnicas para coleta das informações: **Entrevista semi-estruturada:** a fim de identificar de que forma as pessoas, que participam das instâncias de gestão do Pró Saúde, têm contribuído para efetivar a integração ensino-serviço, a partir da sua percepção sobre o processo. As entrevistas deverão durar um tempo médio de 30 minutos, serão orientadas por um roteiro de entrevistas, gravadas em áudio, transcritas na íntegra e devolvidas aos entrevistados para validação; **Observação:** para descrever a operacionalização/dinâmica dos espaços de discussão das instâncias coordenadoras do Pró-Saúde e de que forma ocorre a participação dos sujeitos no Comitê Gestor Local e da Comissão Coordenadora do Pró-Saúde tem influenciado na sua atuação em favor da integração ensino-serviço. A observação dar-se-á a partir da participação do pesquisador em reuniões. A fim de registrar observações, será utilizado um guia de observação - **Diário de Campo**. Também, será realizada a leitura de documentos, como relatórios e atas referentes ao processo.

ANÁLISE DOS DADOS:

As informações serão analisadas a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” apresentada por Minayo (2013), seguindo os seguintes momentos: 1^a) *Pré-análise*; 2^a) *Exploração do material*; 3^a) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Os dados analisados serão discutidos à luz do arcabouço teórico do Ministério da Saúde e da Educação, mais precisamente, as diretrizes que regulamentam a APS e a ordenação da formação na área da saúde.

SUJEITOS:

A pesquisa será desenvolvida com os segmentos: **gestão, atenção, controle social e ensino**, que compõe o quadrilátero da formação do SUS e estão envolvidos nos mecanismos de integração ensino-serviço dessas instâncias de gestão, no município de realização da pesquisa.

DIMENSÃO ÉTICA:

Obtida a permissão das instâncias, envolvidas para a aplicação da pesquisa, o projeto será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atendendo a todas as normativas da Resolução 466/12. Antes da coleta dos dados, será realizada a apresentação formal dos objetivos do projeto aos participantes, por meio da entrega e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho será devolvido aos participantes interessados, por meio de apresentação oral nas instâncias de gestão do Pró-Saúde da Unochapecó, Secretaria da Saúde de Chapecó e Gerência Regional de Saúde; e o documento impresso será entregue às diferentes estruturas.

CRONOGRAMA:

Revisão de literatura: marc/2012 – abr/2014

Elaboração do projeto de pesquisa da tese: marc/2012 – ago/2012

Realização do exame de qualificação do projeto de tese: set/2012

Apresentação do projeto e convite às instituições envolvidas: out/2012

Encaminhar o Projeto e demais documentos ao Comitê Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC: mai/2012

Realização da coleta dados: nov/2012 – jun/2013

Organização e análise dos materiais coletados: nov/2012 – fev/2014

Defesa Pública da Tese: mar/2014

Correção/ajustes da Tese: abr/2014

Entrega da Tese ao PEN/UFSC, ao comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora do Pró-saúde, à Secretaria de Saúde de Chapecó, à IES envolvida e aos sujeitos da investigação: mai/2014

ALGUMAS REFERÊNCIAS:

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 12 set. 2008.

_____. **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. [documento internet] 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

_____. **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 inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [documento internet] 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2008.

_____. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº1133 de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 03 de 10 de 2001a. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007a. Disponível em: . Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, 2007b.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.M.C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FERRAZ, F. et.al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001, 116p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

_____. **Política e educação**. 8 ed. São Paulo: Villa das Letras, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia**: o cotidiano do professor. 12 ed. Rio de

APÊNDICE E - Diário de Campo



Serão observados os participantes da pesquisa em reuniões do Comitê Gestor Local e da Comissão Coordenadora do Pró-saúde. Os registros subjetivos (impressões da pesquisadora) das observações serão realizados em “Diário de Campo”, orientado a partir dos aspectos objetivos abaixo relacionados. O presente roteiro poderá incorporar outros elementos no decorrer do processo de observação participante.

Reunião: () Comitê Gestor do Pró-Saúde () Comissão Coordenadora do Pró-Saúde

Data Reunião: _____

Local: _____

NOTAS DE OBSERVAÇÃO - DESCRITIVAS	NOTAS DO PESQUISADOR – REFLEXIVAS
<i>Organização/Planejamento das reuniões</i>	<i>Como ocorre o diálogo?</i>
<i>Número de participantes/segmentos representados</i>	<i>Como ocorre a participação?</i>
<i>Outras pessoas presentes</i>	<i>Como se estruturam as disputas de poder?</i>
<i>Recursos (materiais) utilizados</i>	<i>Outras impressões do observador</i>

<i>Temas de pauta</i>	
<i>Dinâmica da reunião (quem fala, ordem, tempo, temáticas, caráter da fala...)</i>	
<i>Encaminhamentos</i>	

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito da Pesquisa

Eu _____ Nº Identidade _____
 _____ estou plenamente de acordo com minha participação no projeto intitulado: **“INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: MOVIMENTOS DAS INSTÂNCIAS DE GESTÃO NOS PROCESSOS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE”**, desenvolvido pela Dda. Carine Vendruscolo, Dra. Marta Lenise do Prado e Dra. Maria Elisabeth Kleba.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é compreender como os fóruns de gestão colegiada do Pró-Saúde contribuem para a integração ensino-serviço. A pesquisa justifica-se pela necessidade de descrever como a configuração das estruturas que hoje compõem as estratégias para formação de profissionais determinam o processo de integração ensino-serviço em um município do oeste do Estado de Santa Catarina. O estudo poderá trazer subsídios sobre a maneira com que os gestores, educadores, controle social e profissionais de saúde têm-se apropriado das políticas do SUS, convencendo-se da importância das ações estruturantes interministeriais para impulsionar positivamente a APS e fortalecer o SUS. Além disso, estimula a ampliação do debate sobre estas ações, voltadas à formação para o SUS, pois avança no conhecimento da temática.

Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia desse “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, como também qualquer risco ou ônus aos participantes. Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, bem como ter informações a qualquer momento por intermédio dos telefones abaixo fornecidos. Telefone para contato: (49) 9920-3222 da pesquisadora Carine Vendruscolo ou (48) 3721-2759 Dra. Marta Lenise do Prado.

Florianópolis, ____ / ____ / ____

Participante da pesquisa Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A - Parecer de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES ESTRUTURANTES INTERMINISTERIAIS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: um estudo comparado para análise da integração ensino-serviço em municípios do Estado de Santa Catarina

Pesquisador: Marta Lenise do Prado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03339712.2.1001.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.966

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

"AÇÕES ESTRUTURANTES INTERMINISTERIAIS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: um estudo comparado para análise da integração ensino-serviço em municípios do Estado de Santa Catarina". O atual movimento de aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, direcionado aos desígnios do SUS, tem como estratégias as ações estruturantes de reorientação da formação dos profissionais da área, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), bem como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Pressupõe-se os movimentos de aproximação

entre o trabalho e a formação podem ser um dispositivo para a consolidação do SUS, avançando na integralidade e na promoção da saúde, ao provocar a mudança dos profissionais, nesta direção. Os Ministérios da Educação e da Saúde preveem que o processo de execução das ações estruturantes sejam acompanhados e avaliados por dirigentes interinstitucionais, com vistas ao constante aperfeiçoamento da proposta. Tendo em vista a ocorrência destas estratégias que contribuem para a reorientação do perfil dos profissionais da saúde nos municípios de Florianópolis e Chapecó, extremos do Estado de Santa Catarina, questiona-se como ocorre a integração ensino-serviço a partir das instâncias de gestão e coordenação criadas entre as instituições formadoras e as Secretarias de Saúde nesses municípios, considerando a proposta interministerial de reorientação da formação na saúde.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é analisar como ocorre a integração ensino-serviço a partir das instâncias de gestão e coordenação criadas entre as instituições formadoras e as

Secretarias de Saúde em dois municípios do Estado de Santa Catarina, no âmbito da proposta interministerial de reorientação da formação na saúde. Secundariamente:

caracterizar as instâncias de gestão e coordenação criadas com a finalidade de integrar ensino e serviço nos municípios participantes da pesquisa; identificar de que forma essas instâncias de gestão e coordenação das estratégias de reorientação da formação em saúde tem contribuído para efetivar a integração ensino-serviço, a partir da percepção dos sujeitos representantes dos quatro segmentos envolvidos no processo; descrever de

que forma a participação dos atores nas instâncias de gestão e coordenação tem influenciado a sua atuação em favor da integração ensino-serviço e; identificar outras instâncias e ou mecanismos que favorecem a integração ensino-serviço e quais atores estão envolvidos nesse processo nos locais de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a pesquisa não oferece qualquer tipo de risco, tanto aos seus participantes como aos pesquisadores. Caso algum sujeito se recuse a participar, o mesmo será substituído por outro representante do quadrilátero. Como benefícios a pesquisa poderá trazer subsídios sobre a maneira com que os gestores, educadores, controle social e profissionais de saúde têm se apropriado e conduzido as políticas do SUS, convencendo-se da importância das ações estruturantes interministeriais para impulsionar positivamente a APS e fortalecer o SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente da continuidade do projeto de pesquisa de um grupo de pesquisadores coordenados pela Dra. Marta Lenise do Prado que visa analisar como ocorre a integração ensino-serviço a partir das instâncias de gestão e coordenação criadas entre as instituições formadoras e as Secretarias de Saúde em dois municípios do Estado

de Santa Catarina, no âmbito da proposta interministerial de reorientação da formação na saúde. Um estudo de casos múltiplos, descritivo, com abordagem qualitativa. Os municípios envolvidos são Chapecó e Florianópolis, por meio das IES: UFSC, Unochapecó e UDESC (Centro Educacional do Oeste), e, as SMS. Os sujeitos da pesquisa serão representantes dos segmentos: gestão, atenção, controle social e ensino. Os participantes deverão atender aos critérios de inclusão: fazer parte das instâncias de gestão nos espaços intersetoriais relacionados as ações do Pró-saúde por no mínimo 8 meses, no período de 2005 a 2012; atuar em um dos segmentos do quadrilátero; aceitar participar da pesquisa. A coleta de dados do presente projeto foi ampliada incluindo a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



cuja Declaração de Autorização para a execução desse projeto encontra-se em anexo. O projeto está bem delineado, documentação completa, TCLE adequado aos participantes da pesquisa, estando portando, de acordo com a Resolução nº198/98 e normas complementares. Recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectados pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br