

SOLANGE DE FÁTIMA REIS CONTERNO

**PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS DAS ATUAIS PROPOSTAS DE FORMAÇÃO
SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: ORIGENS HISTÓRICAS E FUNDAMENTOS
TEÓRICOS**

São Carlos

2013

SOLANGE DE FÁTIMA REIS CONTERNO

**PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS DAS ATUAIS PROPOSTAS DE FORMAÇÃO
SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: ORIGENS HISTÓRICAS E FUNDAMENTOS
TEÓRICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação para obtenção do título de Doutor em Educação da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Roseli Esquerdo Lopes

São Carlos, SP

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C761pp

Conterno, Solange de Fátima Reis.

Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil : origens históricas e fundamentos teóricos / Solange de Fátima Reis Conterno. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

260 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Formação profissional. 2. Profissionais da saúde. 3. Metodologias ativas. 4. Não-diretividade pedagógica. I. Título.

CDD: 371.122 (20^a)



Programa de Pós-Graduação em Educação
Comissão Julgadora da Tese de doutorado de
Solange de Fátima Reis Conterno

São Carlos 10/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Roseli Esquerdo Lopes

Prof^ª Dr^ª Rosa Maria Rodrigues

Prof^ª Dr^ª Fátima Correa Oliver

Prof^ª. Dr^ª. Marisa Bittar

Prof^ª Dr^ª Ana Paula Serrata Malfitano

Roseli Esquerdo Lopes

Rosa Maria Rodrigues

Fátima Correa Oliver

Marisa Bittar

Ana Paula Serrata Malfitano

Dedico este trabalho a vocês que sempre me incentivaram e me fizeram acreditar que pelo Trabalho poderia atingir meus objetivos, meus pais, Lurdes e Antonio.

A vocês Fábio, Júlia e João Victor, meus companheiros de vida, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Agradecimentos

À professora Dr^a Roseli Esquerdo Lopes, meu reconhecimento e respeito pela confiança e por acreditar que seria possível. Pela orientação acadêmica rigorosa e contribuição teórica fundamental para a realização deste trabalho.

À professora Dr^a Ana Paula Serrata Malfitano, pela leitura do trabalho e pela participação na banca de defesa.

À professora Dr^a Fátima Corrêa Oliver, pelas importantes contribuições feitas ao trabalho.

À professora Dr^a Marisa Bittar, pela postura docente que proporcionou momentos de aprendizagem fundamentais à minha formação.

À professora Dr^a Rosa Maria Rodrigues, pelo companheirismo e incentivo intelectual decisivo para o desenvolvimento deste trabalho.

À Elisabeth Maria Alves Alexandre pela acolhida e solidariedade.

Às colegas de trabalho do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná que assumiram minhas atividades docentes nestes anos de afastamento.

À Unioeste, pelo apoio dado ao desenvolvimento de minha qualificação docente.

Aos meus familiares e amigos que nesses anos de estudo entenderam minhas ausências.

QUADROS

Quadro 1	Evolução da pobreza e da indigência na América Latina no período de 1980 a 2012.....	49
Quadro 2	Síntese dos dados referentes aos Projetos Pet-Saúde desenvolvidos no ano de 2011.....	135
Quadro 3	Pró-Saúde e Pet-Saúde: projetos aprovados por categoria administrativa das Instituições de Ensino Superior.....	137
Quadro 4	Pró-Saúde e Pet-Saúde: Projetos aprovados por regiões do Brasil.....	138
Quadro 5	Princípios pedagógicos assimilados e divulgados por diferentes iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil.....	155

FIGURA

Figura 1 Esquema representativo do Arco de Maguerz..... 195

GRÁFICOS

Gráfico 1	Pró-Saúde I: Projetos enviados e aprovados no ano de 2005.....	126
Gráfico 2	Pró-Saúde I: Percentuais de projetos aprovados por curso no ano de 2005.....	126
Gráfico 3	Pró-Saúde I: percentual de projetos aprovados por categoria administrativa das Instituições de Ensino Superior.....	127
Gráfico 4	Pró-Saúde II: total de cursos selecionados no ano de 2007.....	128
Gráfico 5	Número de participantes no Pet-Saúde no ano de 2011.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALADEFE	Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Enfermagem
ALAESP	Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Saúde Pública
ALAFEM	Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
ALAFO	Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
AMRIGS	Associação Médica do Rio Grande do Sul
ANMR	Associação Nacional dos Médicos Residentes
APM	Associação Paulista de Medicina
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEE	Comissão de Especialistas de Ensino
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CES	Câmara de Educação Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CLATES	Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde
CMEM	Conferência Mundial de Educação Médica
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Conselho Pleno
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCN'S	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGRTS	Departamento de gestão e da Regulamentação do Trabalho em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMA	Educação Médica das Américas
EUA	Estados Unidos da América
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília

FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
FESO	Fundação Educacional Serra dos Órgãos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
IICA	Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas
LDB	Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde
NUTES	Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OFEDO	Organização das Faculdades e Escolas de Odontologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PBL	Problem Basead Learning
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCI	Partido Comunista Italiano
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMC	Projeto de Mudança Curricular
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPREPS	Programa de Preparação Estratégico de Pessoal de Saúde
PROMED	Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UDUAL	União de Universidades da América Latina e Caribe
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRR	Universidade Federal de Roráima
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA/SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho
UNI	Uma Nova Iniciativa em Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UPE	Fundação Universidade de Pernambuco
USAID	Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
USP	Universidade de São Paulo
WFWE	World Federation of Medical Education

RESUMO

PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS DAS ATUAIS PROPOSTAS DE FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL: ORIGENS HISTÓRICAS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O estudo abordou os pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação em saúde no Brasil, divulgados pelo Ministério da Saúde como inovadores e como a única possibilidade, na atualidade, de uma formação em saúde competente, crítica e progressista. Os pressupostos recomendados são expressos pelas máximas do aprender a aprender; do professor facilitador; da aprendizagem significativa; do ensino centrado no interesse do aluno e da aprendizagem por problemas. Trabalhou-se com a premissa de que os pressupostos das metodologias inovadoras, se situados historicamente, perdem sua inventividade e originalidade não se constituindo em uma novidade. A pesquisa teve como objetivos sistematizar os antecedentes históricos do movimento de mudança na formação superior dos profissionais ligados à saúde nas últimas décadas; identificar e analisar as sugestões de mudanças na formação em saúde, nos diferentes momentos históricos, por diferentes atores; apreender dos documentos oficiais os pressupostos teóricos metodológicos divulgados para a formação em saúde no Brasil nos últimos anos, visando identificar as origens teóricas dos pressupostos pedagógicos identificados. Para realização do estudo recorreu-se a fontes primárias, documentos oficiais que explicitaram as reorientações da formação dos profissionais da saúde: portarias; resoluções; relatórios; recomendações e discursos oficiais elaborados e divulgados por instituições, órgãos e pessoas, que de um modo ou outro, estão ligados à discussão da formação dos profissionais que atuam na saúde no mundo e no Brasil. As fontes secundárias foram produções de intelectuais identificados como divulgadores do movimento que incentivaram e incentivam a mudança na formação em saúde embasada na adesão às metodologias inovadoras, e intelectuais que analisam os limites dos pressupostos das metodologias ativas e não diretivas. Pela sistematização e análise dos dados foi possível identificar o peso dos movimentos internacionais, principalmente aqueles ligados à discussão da educação médica, e o protagonismo de diferentes organismos internacionais como a OPAS e a Fundação Kellogg na divulgação de propostas de mudanças teórico-metodológicas na formação profissional em saúde. Ao analisar as principais iniciativas de mudança na formação em saúde divulgadas no Brasil, explicitaram-se as influências teóricas e políticas que levaram o Ministério da Saúde a induzir as propostas de formação respaldadas nas metodologias inovadoras/ativas, as quais passaram a divulgar os pressupostos pedagógicos vinculados teoricamente às pedagogias ativas e não diretivas. Partindo do pressuposto de que nem sempre aquilo que se denomina como novo é uma novidade, ou traz em si um progresso significativo em relação ao já estabelecido, assim como do estudo das origens teórico-metodológicas dos pressupostos pedagógicos recomendados, conclui-se que os princípios pedagógicos divulgados podem ser considerados inovações no contexto em que foram produzidos, no início do século passado, por se constituírem respostas dirigidas aos problemas daquele momento histórico, tendo como questão central a educação básica, notadamente a educação de crianças. No campo da saúde, também não se trata de uma novidade, pois sua proposição está fortemente ancorada em um dos movimentos considerados mais avançado na área, a Medicina Preventiva, que desde meados do século passado, tem defendido a necessidade de mudança, de readequação curricular e da incorporação de metodologias ativas na formação em saúde. Na atualidade tais pressupostos são ressignificados, perdendo seu sentido originário.

Palavras-chave: Formação profissional em Saúde. Metodologias ativas. Pedagogias não diretivas

ABSTRACT

PEDAGOGIC ASSUMPTIONS OF CURRENT PROPOSALS OF HEALTH GRADUATION IN BRAZIL: Historical origins and theoretical fundaments

The study approached the pedagogic assumptions of current proposals of health graduation in Brazil, disclosed by the Health Ministry as innovative and as the only possibility, nowadays, of a competent, critical and progressive health graduation. The recommended assumptions are expressed by the quotations of learning to learn; the facilitating professor; signifying learning; teaching centered in the student's interest and problem based learning. Worked with the premise that the assumptions of innovative methodologies if historically situated they lose their inventiveness and originality not constituting themselves in something new. The research aimed systematizing the historical background of the changing movement in graduation of professionals connected to health in the last decades; to identify and analyze the suggestions of changes in health training in different historical moments by different actors. To apprehend from official documents the methodological assumptions divulged to health graduation in Brazil in the last years, aiming to identify the theoretical origins of the identified pedagogical assumptions. For carrying out the present study there were resorted to primary sources, official documents which explicit the reorientations of health professionals training; ordinances; resolutions; reports; recommendations and official discourses elaborated and divulged by institutions, organs and people, which one way or another, are connected to the discussion of professionals formation which act in health field in Brazil and in the world. The secondary sources used in the course of study are intellectual productions identified as disseminators of the movement which encouraged and still do the change in health graduation based in the adherence of innovative and intellectual methodologies which analyze the limits of active and non-directive assumptions. Through the systematization and analysis of data it was possible to identify the burden that the international movements, mostly those connected to the discussion of medical education and the role of different international organisms as the OPAS and Kellogg foundation had in the disclosure of theoretical-methodological change proposes in professional training in the health field. By analyzing the main initiatives of changes in the health training disclosed in Brazil there were explicit the theoretical and political influences which conducted the Health Ministry to induce the proposes of training backed by innovative/active methodologies, which started to divulge the pedagogical assumptions theoretically connected to the active and non-directive pedagogies. Starting from the assumption that not always what is referred as new is new itself, or brings in it a significant progress related to what has been already established, along to the study of the theoretical-methodological origins of the recommended pedagogical assumptions. We conclude that the pedagogical assumptions divulged may be considered innovations in the context in which they were produced, beginning of the last century, because they constitute answers to the problems faced in the field of education, mostly in the beginning of the last century and which had as main point basic education, notably, children's education. In the field of health, is not something new, but it is strongly anchored in one of the most advanced movements concerning the field, Preventive Medicine, which since the last century has defended the necessity of change, the curricular readjustment and the incorporation of active methodologies in health training. Currently such assumptions are resignified, losing their original sense.

Keywords: Training in Health. Active methodologies. Non-directive pedagogies

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DEBATES ANTECEDENTES ÀS PROPOSIÇÕES ATUAIS	28
2.1 A Formação Profissional em Saúde em Debate: Influências do Movimento Mundial	29
2.2 As Influências Teóricas dos Seminários de Medicina Preventiva para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde	36
2.3 A Formação Profissional em Saúde Como Temática dos Primeiros Planos Decenais de Saúde das Américas.....	43
2.4 As Conferências Mundiais de Educação Médica: Marcos Centrais na Reorientação da Formação Profissional em Saúde	46
2.5 Sentidos da Formação Generalista em Saúde.....	57
3 MUDANÇAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: INICIATIVAS EM TERRITÓRIO NACIONAL	68
3.1 Iniciativas de Mudanças na Formação em Saúde.....	70
3.1.1 Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde – CLATES: divulgação de pressupostos para a reorientação da formação em saúde no Brasil.....	71
3.1.2 Programa UNI: o anúncio de mudança de paradigma na formação escolar dos profissionais da saúde	81
3.1.3 A Rede UNIDA e a busca de consensos quanto à reorientação da formação superior em saúde	90
3.1.3.1 De movimento aglutinador a movimento de intervenção: a Rede UNIDA e as políticas de formação	92
3.1.4 PROMED: a gênese da indução de mudanças na formação dos profissionais que atuam na saúde.....	100
3.1.5. As Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e o debate sobre a formação profissional na área pelo movimento da Reforma Sanitária	106
3.1.6 O Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde: reafirmando posições e indicando ações.....	118
3.1.7 A direcionalidade do Ministério da Saúde no campo da formação profissional da área: a criação da SGTES e do DEGES.....	122
3.1.8 O Pró-Saúde e a indução das mudanças curriculares nas graduações em saúde	125
3.1.9 Pet-Saúde: estratégia estruturante de mudanças na formação profissional em saúde	132
3.2 A Atenção Básica como Eixo Norteador da Formação em Saúde	140
3.3 Fios Condutores das Propostas de Reorientação da Formação em Saúde.....	150

4 INOVAÇÕES DO SÉCULO PASSADO: ORIGENS DOS PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS PRECONIZADOS NAS PROPOSIÇÕES OFICIAIS PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE	153
4.1 Referenciais Pedagógicos Inovadores em Saúde: Significados e Origens	155
4.1.1 A não diretividade pedagógica direcionando o processo de formação em saúde.....	159
4.2 A Aprendizagem Significativa: a Imediaticidade como Pressuposto.....	163
4.3 Professor Facilitador e o Aluno como Centro do Processo de Ensino-Aprendizagem	168
4.4 O Aprender a Aprender Reorientando a Formação em Saúde: Atualização da Escola Nova	173
4.5 Metodologias Ativas em Saúde: a Expressão da Não Diretividade Pedagógica.....	183
4.6 Métodos de Ensino Ativos: PBL (Problem Basead Learning) ou Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização	189
4.6.1 A Aprendizagem Baseada em Problemas	190
4.6.2 A Metodologia da Problematização.....	193
CONCLUSÃO.....	200
REFERÊNCIAS	211
DOCUMENTOS ANALISADOS.....	230
APÊNDICE A Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde que possuem semelhanças entre os perfis dos egressos e competências e habilidades gerais idênticas.....	242
APÊNDICE B Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde que possuem perfis dos egressos e competências e habilidades gerais distintas.....	257

1 INTRODUÇÃO

A problematização sobre o processo de formação dos profissionais que atuam na área da saúde no Brasil é necessária, pois a sua preparação configura-se como um elemento importante para a construção de um sistema de saúde que de fato priorize a qualidade da assistência à população.

O debate acerca da formação em saúde não é recente, articula-se aos movimentos de organização dos modelos de atenção à saúde, que historicamente produziram demandas, propostas e projetos de formação, decorrentes das necessidades e das perspectivas teóricas presentes nos diferentes momentos. Além disso, o referido debate não se limita aos espaços educativos formais, vem sendo arrolado, recorrentemente, por diferentes entidades ligadas, de uma forma ou de outra, com a área da saúde ou com o campo da formação em saúde, que ao longo das últimas décadas produziram significativa discussão e encaminhamentos que serviram de base para as decisões oficiais na área.

Nas últimas décadas, a temática ganhou maior destaque no interior do Ministério da Saúde por meio de diferentes propostas e iniciativas emanadas deste órgão, além da criação de uma estrutura interna para viabilizar o encaminhamento da ordenação da formação de profissionais na área da saúde.

O interesse e a escolha pelo tema do presente estudo - *“Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação dos profissionais de saúde no Brasil”*, não aconteceu por acaso, só foi possível eleger este objeto de estudo, pela minha vivência na universidade e atuação em cursos da área da saúde, por conviver, discutir e refletir com demais professores sobre as propostas atuais que buscam reorientar a formação profissional em saúde. Em outras palavras, a consciência quanto à relevância da temática ocorreu a partir do diálogo com outros profissionais que discutem, criticam, discordam ou aprovam novas propostas de formação. Assim sendo, reforça-se o pressuposto de que todo conhecimento, bem como os objetos de estudo, são produzidos numa dada realidade material, fruto de contradições constantes e de várias determinações.

Há que se destacar que a produção teórica no campo da formação em saúde está mobilizada na atualidade, pela defesa das inovações pedagógicas, expressas por diferentes metodologias de abordagens pedagógicas não diretivas. Hegemonicamente, a produção no campo tem reforçado a adesão, pelas instituições de ensino superior, às pedagogias ativas. Por

outro lado, percebe-se pouca produção no sentido de indagar os limites pedagógicos e políticos dessas metodologias para a formação em saúde.

De acordo com Bourdieu (1983), no campo científico há uma ordem estabelecida e os temas considerados importantes para a pesquisa são determinados, não somente pelo “interesse intrínseco” do pesquisador, mas pela autoridade científica estabelecida no interior do campo, sendo assim: “O que é percebido como importante e interessante é o que tem mais chances de ser reconhecido como importante e interessante pelos outros [...]” (BOURDIEU, 1983, p. 125).

Para Bourdieu (1983), o campo científico é um espaço objetivo permeado por conflitos epistemológicos, que por sua vez são inseparáveis dos conflitos políticos, ou seja, as opções e os compromissos científicos, não são neutros, ao contrário, são sempre engajados. Por essa razão, ao “adentrar” em dado campo de produção, o pesquisador deve saber que há constructos teóricos já elaborados, saber que a “capacidade científica” em desenvolver determinado estudo possui marcas relacionadas ao percurso teórico do pesquisador, de seu capital intelectual específico, e da posição ocupada na hierarquia social dos objetos.

Diante do exposto, fica claro que a possibilidade de autonomia intelectual do pesquisador é condicionada ao campo científico específico ao qual o estudo se vincula. No caso singular da presente pesquisa, de fato há que se enfrentar a ordem estabelecida quanto ao debate sobre as mudanças na formação em saúde no Brasil, além de dialogar com as autoridades e os interesses que permeiam este campo.

A temática do estudo situa-se na emergência das mudanças que, a partir de meados da década de 1990, ocorreram na educação superior no Brasil, as quais incidiram tanto na organização do sistema educacional, quanto na(s) concepção(ões) de formação. As principais mudanças relacionam-se à aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal nº 9394/1996 (BRASIL, 1996); ao processo de elaboração e implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, com o fim da concepção de currículos mínimos para os cursos de graduação e a publicação de diversos documentos oficiais¹ que explicitam as orientações teórico-pedagógicas para a formação superior.

¹ Parecer MEC/SESu nº 776, de 03/12/1997 – Orientou a elaboração das diretrizes curriculares dos cursos de graduação (BRASIL, 1997a); Parecer MEC/SESu nº 04, de 10/12/1997 - tornou público e convocou as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC (BRASIL, 1997b); Decreto Federal nº 2.494, de 10/2/1998 – regulamentou o artigo 80 da Lei Federal nº 9394/1996, definindo a oferta de educação a distância por Instituições Federais de Ensino Superior, revogado pelo Decreto Federal nº 5.622/2005 (BRASIL, 1998c); Resolução CNE/CP nº 1, de 30/9/1999 – dispôs sobre os Institutos Superiores de Educação (BRASIL, 1999a); Portaria MEC nº 2.253, de 18/10/2001 – tratou da introdução, na organização curricular dos cursos

Na área da saúde, as sugestões de mudanças na formação dos profissionais podem ser verificadas em diferentes projetos e programas oficiais específicos, oriundos do Ministério da Saúde, como é o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; o PROMED (Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares de Medicina); o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e mais recentemente o Pet-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). É possível perceber nesses programas a indicação de significativos investimentos, tanto financeiros quanto humanos, na direção de promover mudanças na formação dos profissionais que atuam na saúde no Brasil, mudanças que colocam como um dos parâmetros as necessidades de formar para o Sistema Único de Saúde.

Dentre os argumentos oficiais que reforçam a alteração no processo de formação dos profissionais ligados à saúde apresenta-se a necessidade das graduações atenderem as demandas das políticas atuais de saúde, no sentido de efetivar a inversão do modelo assistencial, formando profissionais para atuarem em programas focalizados na atenção básica em saúde, centrados em ações preventivas com capacidade de abranger amplos grupos populacionais. Desse modo, potencializa-se a ideia de que a formação dos profissionais seria o principal obstáculo para a consolidação de um sistema de saúde de fato resolutivo. Ao que tudo indica, a mudança de ordem metodológica, de referencial pedagógico emerge como prioridade na formação dos profissionais de saúde, sendo que as metodologias inovadoras seriam capazes de formar profissionais mais comprometidos politicamente com os problemas de saúde da população brasileira.

No campo da formação em saúde está se forjando um consenso de que as metodologias inovadoras, aquelas respaldadas pelo ativismo e pelo não diretivismo pedagógico, expresso pelas máximas, do aprender a aprender; do professor facilitador; da aprendizagem significativa; do ensino centrado no interesse do aluno e da aprendizagem por problemas poderão responder de forma progressista aos problemas da formação superior dos profissionais da área da saúde.

Ao buscar a decifração do real, a interpretação dos determinantes concretos que influenciam o objeto de estudo, é imprescindível o esforço de efetivar o processo de pesquisa científica, no sentido de romper com a visão aparente das coisas, para chegar à essência do objeto estudado. Em outras palavras: “Captar o fenômeno de determinada coisa significa

superiores, de disciplinas que se utilizassem de método não presencial, revogada pela Portaria MEC nº 4.059/2004 (BRASIL, 2001i); Decreto Federal nº 3.860, de 9/7/2001 – dispôs sobre a organização do ensino superior, avaliação de cursos e instituições, revogado pelo Decreto Federal nº 5.773/2006 (BRASIL, 2001h); Parecer nº 583, de 04/04/2001 – orientou as diretrizes curriculares dos cursos de graduação (BRASIL, 2001j).

indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é atingir a essência” (KOSIK, 2002, p. 16).

Portanto, cabe ao pesquisador buscar no objeto de estudo escolhido as conexões, as estruturas explicativas, que nem sempre são aparentes ou imediatamente percebidas, mas são implicadas de determinações, que para serem identificadas requerem a exploração coerente e racional das diferentes mediações e relações que dão concretude ao objeto.

Löwy (1994), ao discutir a produção do conhecimento e a autonomia relativa da ciência, utiliza a metáfora do mirante/observatório. De acordo com tal alegoria, quanto mais elevado for o mirante (concepção de mundo/ponto de vista de classe) mais ampliada poderá ser a visão e a percepção da paisagem em toda sua extensão. Quanto mais alto o observatório, maior será a possibilidade de conhecer a verdade e desvendar a complexidade da realidade observada, superando aquilo que o autor denominou de “zona de consenso”, sendo esta limitada ao nível mais imediato do conhecimento.

A partir dessa alegoria, o autor realiza uma série de reflexões acerca do processo de pesquisa. Destaca que todo processo que visa conhecer a realidade está condicionado a um determinado ponto de vista (observatório/mirante) e que os “limites do horizonte” dependem da posição ocupada pelo observador, tanto mais alto o observador (pesquisador) estiver mais poderá ter uma visão abrangente, contudo adverte: “o mirante não oferece senão a possibilidade objetiva de uma visão determinada da paisagem” (LÖWY, 1994, p. 213).

Uma questão importante que não pode ser secundarizada quando se discute o processo de produção do conhecimento é destacada por Löwy ao afirmar que não somente o mirante determina a paisagem e seu registro, mas a forma como o observador olha e registra tal imagem. Segundo o autor, a “forma de olhar” não é determinada somente por sua posição de classe.

[...] mas também por outras determinações, por outras pertinências sociais não-classistas relativamente autônomas com relação às classes sociais: nacionalidade, geração, religião, cultura, sexo. Sua visão é desviada também por sua vinculação a certas categorias sociais (burocracia, estudantes, intelectuais etc.) ou a certas organizações (partidos, seitas, igrejas, círculos, confrarias, cenáculos) (LÖWY, 1994, p. 213).

Paulo Netto (2000), ao destacar a questão do conhecimento teórico-metodológico no processo de pesquisar indica que o êxito de uma investigação não reside somente na profundidade do conhecimento metodológico específico, mas o sucesso da pesquisa estará associado ao acúmulo cultural do sujeito que pesquisa. É necessário que o pesquisador, além

da clareza dos pressupostos teórico-metodológicos adotados como “mirante”, como chave de decifração do real, deve buscar formação científica e cultural que possibilite que este tenha autonomia para aproximar-se ao máximo do objeto pesquisado. “Só um sujeito crítico pode trazer à consciência um objeto concreto, que é síntese de múltiplas determinações” (PAULO NETTO, 2000, p. 57).

Para proceder a uma análise de dado objeto é condição essencial considerar que a consciência, a produção e a sistematização das ideias são produtos da base material, da realidade concreta. “Não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência” (MARX; ENGELS, 1980, p. 20). Toda produção do conhecimento é produto histórico e possui vínculos com o processo de formação social, com dado contexto, sendo esse determinado pelo inter-relacionamento do material, do cultural, político e ideológico.

O desafio colocado ao pesquisador será enriquecer a análise do objeto com a identificação e sistematização dos seus determinantes concretos, buscando assim captar dialeticamente a totalidade que o determina. De acordo com Kosik (2002), a totalidade não é a exposição de todos os fatos, o agrupamento e descrição de todos os aspectos da realidade estudada, mas a compreensão da realidade como um todo estruturado, sendo possível estabelecer os nexos e as mediações entre este todo, que é histórico, mutável, e o particular (objeto/fato estudado). “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético no qual ou do qual um fator qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (KOSIK, 2002, p. 44).

Pressupõe-se, portanto, que o objeto em questão poderá ser entendido/explicado ao se considerar o complexo de relações que define o contexto em que ele se situa, não havendo possibilidade de entendimento efetivo se for tomado isoladamente, dado que ele, na sua especificidade carrega elementos da totalidade que o define.

Para romper com a imediatividade, com a mera aparência do fato estudado foi feito o empenho em buscar as fontes possíveis que, de uma forma ou de outra, se relacionam com o objeto de pesquisa. Tendo a clareza de que a pesquisa de um tema recente, no caso específico, os pressupostos pedagógicos das propostas oficiais de formação profissional em saúde, divulgadas nas últimas duas décadas, pode implicar numa série de limites ao trabalho acadêmico, por não favorecer o distanciamento do objeto ou por este não estar plenamente desenvolvido na realidade, cabe destacar, que ao longo do estudo, buscou-se levantar diferentes fontes elucidativas como forma de minimizar tais limites.

Considerando as questões destacadas, o interesse central deste estudo é sistematizar os antecedentes históricos do movimento de mudança na formação profissional em saúde, buscando apreender e analisar as influências teóricas que levaram o Ministério da Saúde, nos últimos anos, a assumir a indução das propostas de formação no sentido da indicação das metodologias inovadoras/ativas como a forma mais adequada ou a única possibilidade para a formação na área. Como desdobramento da pesquisa buscou-se identificar as origens teórico-metodológicas dos pressupostos pedagógicos recomendados como suporte à reorientação da formação em saúde no Brasil.

Foi empenhado um esforço em trazer para a análise os dados e as indagações que possam apontar elementos contraditórios entre o que é divulgado como inovador e impreterível ao processo de formação em saúde e os desdobramentos de tal discurso. Em outras palavras, buscar superar o discurso incisivo da necessidade de adesão dos processos formativos às metodologias ativas de caráter não diretivo como a possibilidade exclusiva para formar profissionais mais comprometidos, técnica e politicamente, com os problemas da saúde da população brasileira.

A problematização acerca dos pressupostos pedagógicos adotados e divulgados pelo Ministério da Saúde para a reorientação da formação de profissionais da área exige a reflexão e a conceituação do que seja um referencial pedagógico. Um referencial pedagógico não representa somente os aspectos técnicos do processo educativo, expressa também as opções filosóficas e políticas das relações pedagógicas, ou seja, a cada referencial pedagógico corresponde um posicionamento a dado projeto de sociedade e de educação; ao entendimento do papel da formação profissional na transformação ou manutenção das relações sociais existentes; ao entendimento do processo de produção e socialização do conhecimento objetivo, bem como as formas mais adequadas de assimilação desse conhecimento.

Segundo Snyders (1978), para compreender o significado de um referencial pedagógico é necessário resgatar o seu elemento dominante que é o saber ensinado, fundamentalmente o que se apresenta e o que se oculta dos alunos; como é apresentado o mundo em que vivemos; explicitado as ações e as atitudes implícitas ou explícitas do mestre. Enfim, o que define um referencial pedagógico fundamentalmente são os conteúdos/conhecimentos apresentados como necessários e as atitudes a que se propõe levar os alunos.

No campo da formação em saúde, tem sido divulgado que os pressupostos pedagógicos expressos pelos lemas do “aprender a aprender”; “professor facilitador”; “aprendizagem significativa”; “metodologias ativas” e “aprendizagem por problemas”

oferecem as bases teórico-metodológicas para promover processos de formação profissional em saúde mais críticos e adequados às necessidades do atual sistema de saúde. Tais pressupostos possuem origens em referenciais da pedagogia ativa não diretiva, que fundamentou o movimento da Escola Nova. Cambi (1999), na obra *a História da Pedagogia*, indica que a Escola Nova não foi um movimento homogêneo, no sentido de ter uma única perspectiva na sua constituição e definição. No decorrer do século passado, várias e distintas perspectivas pedagógicas, possibilitaram o desenvolvimento, do que o autor denominou de “Escolas Novas”, todas se contrapondo à abordagem tradicional de ensino e, propondo o ativismo e o não diretivismo pedagógico como a possibilidade de renovar a educação.

A defesa da não diretividade pedagógica respalda-se no pressuposto da “radicalização” da democracia nas relações escolares, viabilizada por posturas que fazem do professor um estimulador, um facilitador das relações entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, sendo essa, considerada como algo espontâneo do ambiente e do interesse do aluno. O aluno passa a ser o centro do processo de ensino, autogerindo seus estudos (SAVIANI, 1991b; SNYDERS, 1978).

Para as pedagogias não diretivas, a democracia nas relações pedagógicas ocorreria pela ausência de direção didática, pressuposto que pode vir a inviabilizar o processo pedagógico. Nesse sentido Luckesi (1990), faz importantes reflexões ao questionar se a escola seria mais democrática ao eliminar toda forma de gerência pedagógica, para viabilizar um ambiente amigável, ou ao garantir aos alunos o acesso aos conteúdos escolares, ao saber sistematizado.

Fazer a síntese sobre que razões levaram o Ministério da Saúde a assumir o ativismo e a não diretividade pedagógica como o ideal pedagógico para a formação do pessoal da saúde será necessário, além de captar aquilo que é específico, as propostas de formação oficiais como superação de um modelo de formação considerado tradicional, será fundamental identificar aquilo que é mais geral, os condicionantes do campo da política, das relações sociais que podem ser elementos explicativos do movimento de reorientação da formação.

No tocante à política de saúde, percebe-se que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), construídos pelo movimento da reforma sanitária e incorporados como princípios constitucionais, na atualidade estão sendo revisados. As estratégias e a legislação específicas do setor saúde têm induzido a alteração do sistema de saúde pensado como aquele que deveria conferir o direito à saúde, a qual seria garantida pelo Estado por meio da oferta de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988), para um sistema de

atenção à saúde focalizado em ações básicas, primárias, limitando o atendimento aos problemas que são mais emergentes e evidentes nos grupos mais vulneráveis².

Há um movimento, no campo da saúde, apoiado pelo *staff* do Ministério da Saúde, denominado “inversão de modelo da assistência”, reforçando a tese de que há um gasto excessivo com o atendimento médico-hospitalar, com tratamentos caros que requerem alta tecnologia. Portanto, segundo este movimento, o Estado deveria utilizar estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade, focalizando as ações públicas na atenção básica da saúde³.

Ao que parece, este movimento de “inversão de modelo” também reforça a necessidade das graduações em saúde atenderem as demandas das políticas atuais do setor, na direção de formar profissionais para atuarem em programas focalizados na atenção básica em saúde, centrado em ações preventivas, bem como a aderirem às metodologias ativas de ensino, tidas como inovadoras.

Em texto inserido no seminário internacional sobre política de recursos humanos em saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), Feuerwerker e Lima (2002) discutem os paradigmas da formação de recursos humanos em saúde e indicam que as metodologias ativas, de caráter não diretivo, seria o referencial pedagógico apropriado para promover processos de formação mais críticos. Neste sentido, o aluno deve ser o centro, cabendo ao professor o papel de facilitar a aprendizagem que, em decorrência da rapidez da produção de conhecimentos, não se poderia mais transmitir conteúdos escolares, que são considerados transitórios e acarretam desperdício de tempo e de esforço, tanto dos sujeitos, quanto das instituições formadoras. O que se torna fundamental é a aprendizagem significativa, centrada nos conhecimentos, experiências e interesses dos estudantes.

² Sobre a temática apresentada ver: a) BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II – Descentralização da gestão da Saúde. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>. Acesso em 10 mai. 2012; b) BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002; c) MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.18, suppl., p. 163 - 171. 2002; d) NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

³ De acordo com Bodstein (2002), atenção básica à saúde efetiva-se por meio de políticas e programas voltados para o nível de acesso e de contato da população com o sistema de saúde, tendo por pressuposto a alteração do então modelo de assistência, enfatizando dentre outros elementos o: “[...] predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares” (BODSTEIN, 2002, p. 402).

A análise do processo de reorientação da formação em saúde não pode se esquivar da compreensão da organização das políticas de saúde na atualidade. Pode ser lido neste movimento que há uma conexão entre formação e políticas de assistência. Diante desse dado questiona-se em que medida o Estado, por um lado, ao focalizar suas ações na atenção básica, como princípio do atendimento público em saúde, não estaria reforçando o entendimento de que a formação dos profissionais da área deve assumir um novo referencial pedagógico centrado mais no desenvolvimento de atitudes dos futuros profissionais e menos no domínio e da produção do conhecimento?

A compreensão do cenário atual, que tem reforçado o rompimento com a racionalidade e exaltado as subjetividades como a saída para a produção do conhecimento, colaborará no entendimento e problematização do objeto de estudo. Ao que parece a não diretividade pedagógica desvaloriza o conhecimento objetivo historicamente acumulado e as formas planejadas e organizadas pedagogicamente, com a intenção de que os objetivos do ensino sejam atingidos. Como resultado deste movimento o papel clássico da escola vai perdendo força.

Saviani (1991a), ao discutir a natureza e especificidade da educação escolar, indica o que seria clássico na formação, assim sendo, clássico é aquilo que resistiu ao tempo e que ainda sustenta explicações para os problemas atuais, são conhecimentos historicamente construídos e socialmente relevantes, conhecimentos fundamentais, essenciais. No caso da formação em saúde, uma formação clássica seria aquela que socializasse os conhecimentos técnico-científicos que, por sua vez, deveriam garantir a formação da identidade profissional; conhecimentos que permitam aos sujeitos integrarem-se ao campo da saúde e exercerem uma atividade socialmente reconhecida (RAMOS, 2007).

A noção de flexibilidade é tomada como o eixo articulador da formação escolar, possibilitando a emergência de currículos chamados inovadores. No caso da saúde, currículos centrados na formação de caráter generalista, calcada em habilidades e competências vinculadas à capacidade de solução de problemas, de tomada de decisões, de trabalho em equipe e de enfrentamento de situações em constante mudança (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Há que se destacar que o movimento de reorientação da formação dos profissionais ligados ao campo da saúde, que respalda a adoção dos referenciais pedagógicos apoiados no ativismo e na não diretividade recebeu incentivo teórico e financeiro de instituições internacionais. Dentre elas destaca-se a OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, entidade que, desde a década de 1950, vem dedicando atenção à questão da formação

profissional do pessoal da saúde dos países da América Latina e Caribe. No Brasil outra instituição que tem tido significativa influência e nos últimos anos tem promovido e patrocinado diversas iniciativas no sentido de mudar a formação em saúde é a Fundação Kellogg.

O entendimento desses movimentos foi importante para captar os elementos determinantes da mudança na formação dos profissionais da saúde no Brasil. Sabe-se que é necessário, no processo de produção da pesquisa um maior aprofundamento teórico dos elementos apontados, assim como, uma postura que, por um lado supere a análise mecânica dos dados estudados e, por outro, ultrapasse análises centradas em opiniões respaldadas somente na aparência do objeto eleito.

O presente estudo associa-se aos pressupostos que entendem que um trabalho acadêmico, científico é produto de uma determinada visão de mundo, de escolhas políticas que se apoiam nas possibilidades intelectuais do pesquisador. Portanto, a produção científica possui limites que serão objeto de discussão e crítica que, por sua vez permitirão novas reflexões e novas sínteses da realidade estudada. Por fim, o que importa no processo de pesquisa não é só descrever e compreender a realidade, mas a possibilidade de transformá-la. O resultado desse estudo poderá contribuir como apoio teórico para o enfrentamento prático das possíveis consequências políticas e pedagógicas da adoção dos referenciais respaldados no ativismo e na não diretividade pedagógica na formação dos profissionais que atuam na saúde.

A produção desse trabalho partiu de indagações pessoais, às quais tiveram um papel importante no sentido de identificar aquilo que não se sabia e o que não estava aparente no campo da formação em saúde. As questões que moveram o estudo e a reflexão da temática foram as seguintes:

Em que medida o movimento brasileiro de mudança na formação profissional em saúde foi influenciado pelo movimento internacional que defendia e divulgava a ideia de que a formação dos profissionais deveria apoiar-se em experiências inovadoras, tendo em vista reforçar a implementação da Atenção Primária em Saúde?

A incorporação/adesão das metodologias inovadoras/ativas poderá responder de forma progressista aos problemas da formação dos profissionais que atuam na área da saúde no Brasil?

Qual o corpo conceitual (teoria pedagógica) que embasa as propostas de mudança na formação em saúde?

As propostas de mudança centradas nos aspectos metodológicos, na formação em saúde, podem ser consideradas inovações pedagógicas?

Em que medida as propostas de reorientação da formação em saúde anunciam a secundarização do papel educativo da escola/universidade?

Será a mudança metodológica da formação escolar “solução” para os problemas enfrentados no campo da saúde?

Considerando essas questões foi estruturado o percurso, a definição das fontes e a sistematização da pesquisa, com o intuito de responder à questão que será central ao longo do desenvolvimento do trabalho: Quais razões levaram o Ministério da Saúde a assumir a indução de metodologias ativas de ensino, de caráter não diretivo, como elemento inovador para impulsionar mudanças no processo de formação superior em saúde?

Da problemática apresentada supõe-se que as metodologias ativas inspiradas em pressupostos pedagógicos ativos, divulgados pelo Ministério da Saúde como inovadores no campo da formação em saúde e como a única possibilidade, na atualidade, de uma formação em saúde crítica e progressista, se contextualizados historicamente não se constituem em novidade.

Toma-se como pressuposto que o ideário do movimento internacional de mudança da formação em saúde, que defende e divulga as consideradas experiências inovadoras, reverberou nas propostas oficiais encaminhadas no Brasil quanto à reorientação da formação dos profissionais da área da saúde.

A pesquisa buscou sistematizar os antecedentes históricos do movimento de mudança na formação superior dos profissionais da saúde nas últimas décadas buscando apreender e analisar as possíveis influências teóricas que exerceram na construção das propostas formativas atuais; identificar e analisar as sugestões de mudanças na formação dos profissionais de saúde nos diferentes momentos históricos por diferentes atores; apreender dos documentos oficiais, os pressupostos teóricos metodológicos divulgados para a formação dos profissionais da saúde no Brasil nos últimos anos visando identificar as suas origens teóricas.

O presente estudo teve como fontes primárias, documentos oficiais que explicitaram as reorientações da formação dos profissionais da saúde: portarias; resoluções; relatórios; recomendações e discursos oficiais elaborados e divulgados por instituições, órgãos e pessoas, que de um modo ou outro, estão ligados à discussão da formação dos profissionais da saúde no mundo e no Brasil.

As fontes secundárias utilizadas no decorrer do estudo são produções de intelectuais identificados como divulgadores do movimento que incentivaram e incentivam a mudança na

formação em saúde embasada na adesão às metodologias inovadoras, dentre elas destacam-se as obras de Mario Chaves, diretor de área e consultor da Fundação Kellogg, nas décadas de 1970 a 1990; de Laura Camargo Macruz Feuerwerker, docente da Universidade de São Paulo, que entre os anos de 1995 a 2002 foi consultora da Fundação Kellogg para o apoio técnico especializado ao desenvolvimento de projetos na área da formação dos profissionais de saúde, dentre eles o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde na América Latina e coordenadora geral de ações estratégicas de educação na saúde, ligada ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e de Márcio José Almeida, coordenador do Projeto UNI-Londrina de 1991-1994 e da Rede UNIDA entre os anos de 2001 a 2003, pesquisador na temática sobre o desenvolvimento de recursos humanos em saúde com ênfase no estudo de mudanças na formação dos profissionais da área.

Ainda como parte do percurso metodológico, buscou-se aprofundar o estudo dos autores clássicos das pedagogias ativas e não diretivas, com o intuito de explicitar movimentos de continuidade e ruptura deste referencial pedagógico e as orientações para a reformulação da formação na saúde. Além de considerar a produção de pesquisadores do campo da educação que se debruçam a estudos e análises dos limites dos pressupostos das pedagogias ativas e não diretivas.

Os procedimentos metodológicos para a pesquisa documental seguiram as seguintes etapas: a) identificação dos documentos oficiais do Ministério da Saúde e de instituições que tratam da formação superior dos profissionais de saúde; b) leitura e sistematização do material com o objetivo de identificar as ideias e concepções presentes nos documentos e nos demais materiais; c) análise e problematização do material, que foram norteadas pelos objetivos do trabalho a fim de compor o texto final do estudo.

A exposição do trabalho é feita em momentos que buscam apresentar os dados do estudo de forma coerente e encadeada. Na primeira seção destacam-se os movimentos internacionais mais importantes que promoveram a discussão e o apoio ao desenvolvimento de propostas que sugeriram mudanças no processo de formação em saúde. Na apresentação dos dados do estudo evidenciou-se o protagonismo de diferentes organismos internacionais na oferta de ideias e propostas teórico-metodológicas à formação profissional em saúde.

A segunda seção apresenta as principais propostas oficiais de reorientação da formação em saúde, divulgadas no Brasil, fundamentalmente com apoio do Ministério da Saúde e da Educação visando identificar se os pressupostos do movimento internacional de reforma do ensino dos profissionais da saúde reverberaram em solo nacional. Para tanto, se analisou as principais iniciativas de mudança na formação em saúde divulgadas no Brasil,

defendidas por diferentes entidades que sustentaram os pressupostos pedagógicos considerados inovadores como possibilidades de promover uma formação mais avançada, além de apresentar as propostas oficiais, expressas por projetos e programas, que vêm sendo implementados atualmente em instituições de ensino superior.

Os dados apresentados na respectiva seção possibilitam a identificação das influências teóricas e políticas que levaram o Ministério da Saúde a induzir as propostas de formação respaldadas nas metodologias inovadoras/ativas como a forma mais adequada para a formação profissional na área.

A terceira seção, visando identificar se é possível estabelecer vínculos entre os pressupostos inovadores em saúde com os elementos centrais das clássicas pedagogias novas, procurou explicitar as origens teórico-metodológicas e a qual referencial teórico se articulam os principais pressupostos pedagógicos que recorrentemente são apresentados nos projetos e programas oficiais destinados a reorientação da formação em saúde.

Na última seção do trabalho há um esforço para destacar os pontos centrais da análise realizada no percurso da pesquisa, além de apontar reflexões e questões que emergiram dos dados trabalhados para apresentar as conclusões decorrentes do estudo realizado.

2 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DEBATES ANTECEDENTES ÀS PROPOSIÇÕES ATUAIS

Com o intuito de explicitar os determinantes centrais que levaram o Ministério da Saúde a induzir propostas de formação profissional na área, nas últimas décadas, respaldadas em metodologias ativas, consideradas elemento pedagógico inovador e capaz de impulsionar mudanças no processo de formação em saúde, buscou-se, nesta seção do trabalho, identificar as possíveis influências das instituições internacionais e nacionais que, de uma forma ou de outra, serviram de apoio intelectual e financeiro às proposições de reorientação da formação escolar na área da saúde.

Parte-se do entendimento de que para compreender as propostas atuais da formação profissional em saúde é necessário reconhecer os movimentos precedentes que hegemonizaram a discussão da temática. Pela sistematização dos dados do estudo identificou-se que a medicina, dentre as demais profissões da saúde, foi a que, ao longo do século passado, dedicou maior atenção à discussão acerca da formação superior de seus profissionais.

A premissa que norteou a sistematização e análise dos dados, nesta seção é a de que o movimento mundial de mudança da educação médica, ao longo dos últimos anos, produziu consensos, para além da categoria específica, sobre quais elementos deveriam definir a formação em saúde. Desse processo emergiu o movimento de reformulação curricular das graduações em saúde¹ com o intuito de superar o modelo de formação profissional, considerado tradicional e inadequado, desenvolvido, de maneira geral, pelas instituições de ensino superior.

Ganha força a partir do final da década de 1990, no campo das políticas e programas oficiais, o entendimento de que a mudança curricular da formação dos profissionais que atuam na saúde deveria ocorrer por meio de uma nova organização do conteúdo e fundamentalmente, pela incorporação de referenciais pedagógicos pautados pelas metodologias ativas de ensino, divulgadas como inovadoras.

No campo da formação profissional em saúde é incontestável o papel de “mentoria intelectual” desempenhado pelas diferentes organizações internacionais, destacadamente a

¹ De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 287, de 08 de outubro de 1998, as categorias profissionais que atuam na área de saúde e que possuem formação de nível superior, são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998a).

Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Banco Mundial e por entidades não governamentais, como a Fundação Rockefeller e Fundação Kellogg. Notadamente, as agências internacionais influenciaram e influenciam decisões políticas acerca da formação de profissionais da saúde nos países da América Latina.

É importante salientar que as recomendações, das organizações internacionais, destinadas à formação profissional em saúde foram, de forma geral, precedidas de discussões, quase sempre realizadas em conferências, seminários e reuniões de caráter internacional, das quais emanaram documentos finais que historicamente serviram de arcabouços teóricos orientadores de processos de mudanças na formação. Seria uma imprecisão teórica sugerir que as recomendações emanadas dessas agências, não tiveram certo respaldo coletivo, mesmo que construído, a partir de consensos pré-estabelecidos pelo *staff* das entidades supracitadas.

A reflexão no decorrer desta seção destacará os movimentos mais significativos que desencadearam, no decurso dos últimos anos, a discussão e a elaboração de propostas de mudanças no processo de formação profissional em saúde.

Cabe ressaltar que o conceito de formação profissional em saúde é entendido neste estudo como resultado de processos educativos formais que permitem a aquisição e o domínio do arcabouço técnico-científico de determinado campo do conhecimento, possibilitando a construção da identidade profissional. A formação profissional deve apoiar-se em dimensões técnica, ética, política e humana, que fortalecerão o compromisso social de determinada profissão com as necessidades de saúde da população (CONTERNO; RODRIGUES, 2012).

Portanto, no decorrer do texto quando o conceito formação profissional em saúde for mencionado estará se referindo de forma geral ao processo de formação de nível superior de todas as categorias profissionais que atuam na área da saúde.

2.1 A Formação Profissional em Saúde em Debate: Influências do Movimento Mundial

A discussão sobre a formação profissional em saúde, mais especificamente sobre o ensino médico², vem sendo realizada há longa data. Diversos espaços como fóruns, seminários, conferências, associações de classe, entidades de caráter nacional e internacional,

² Ensino médico, formação médica ou educação médica é entendido aqui como formação escolar de nível superior do profissional médico. O ensino médico historicamente está articulado ao desenvolvimento da medicina, que ao longo dos anos tem sido influenciado e fortalecido por diferentes fatores ligados numa combinação articulada de todos os campos de força, gerados pelas questões relacionadas à saúde (OLIVEIRA, 2007). No Brasil, atualmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais definem que o curso de graduação em Medicina deve pautar-se por uma com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitando o profissional médico a atuar, orientado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde (BRASIL, 2001c).

entre outras, têm realizado avaliações que produziram diagnósticos e recomendações quanto à reformulação do ensino na área.

Pela sistematização e análise de fontes documentais primárias é possível indicar que a partir da década de 1950 emerge, de forma organizada, um movimento internacional no campo da formação médica. O respectivo movimento dedicou-se à promoção do debate sobre o currículo e elementos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, e ainda, influenciou de forma decisiva a discussão sobre a reorientação da formação escolar dos profissionais da saúde no Brasil. As avaliações e recomendações, que serão detalhadas a seguir, explicitarão a força do movimento mundial da formação médica.

Almeida (2001), pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Londrina, ao retomar os estudos e debates sobre a educação médica nos anos de 1990, indica que até meados da década de 1950, no Brasil, a formação em saúde seguia a lógica do transplante de modelos estrangeiros. De forma mais particular a educação médica, inicialmente, seguia os modelos europeus e posteriormente os norte-americanos. A transmissão de modelos foi viabilizada, tanto por meio de missões especiais, formadas por professores e dirigentes universitários, vindas dos países centrais para divulgarem as propostas de formação, quanto de professores brasileiros que iam até as instituições de ensino superior que serviam de padrão. Mas, “A partir de 1955, a influência passou a ser exercida por intermédio da participação de representantes dos organismos internacionais, destacadamente da OPS e de fundações norte-americanas, em reuniões nacionais e regionais” (ALMEIDA, 2001, p. 43).

O movimento mundial ganhou corpo por meio de conferências e seminários que consolidaram a criação e atuação de diversas entidades em âmbito mundial, regional e local que passaram a “conduzir” a discussão e os encaminhamentos quanto à reorientação da formação profissional em saúde. No caso da América Latina pode-se constatar a presença da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM); da Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (ALAFEM), além das Fundações Rockefeller e Kellogg (EDLER; FONSECA, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde é um dos mais antigos organismos internacionais de cooperação técnica do mundo, possui 110 anos de atuação e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

A OPAS derivou do movimento, ocorrido no início do século XX, que buscou alternativas para erradicar a epidemia de febre amarela que havia se espalhado, por meio do

comércio marítimo, pela América Latina e Estados Unidos provocando a morte de mais de 35 mil pessoas. Em 2 de dezembro de 1902, 11 países se reuniram em Washington, na I Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Desse encontro resultou a criação do então Escritório Sanitário Internacional, que mais tarde, em 1958, teve o nome alterado para Organização Pan-Americana da Saúde³ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A sede mundial da OPAS está localizada em Washington e reúne atualmente 48 países. Há longo tempo vem atuando como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS). A OPAS possui escritórios em diferentes países das Américas e cinco centros especializados, dois deles no Brasil: o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme⁴ e o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa – Panaftosa⁵. Possui ainda, uma rede significativa de bibliotecas locais especializadas em saúde.

Segundo informações da própria entidade, a organização diretiva da OPAS é dividida entre a Conferência Sanitária Pan-Americana, o Conselho Diretor e o Comitê Executivo. A Conferência é composta pelos ministros da saúde dos 48 países membros que compõem a entidade, sendo a Conferência, o espaço de máxima autoridade da organização, com reuniões ordinárias a cada 4 anos, que determinam as normas gerais, além da aprovação do orçamento e das orientações estratégicas e prioridades programáticas da OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A marca da OPAS, desde sua criação foi a construção de uma agenda comum, destinada aos países da América e do Caribe, para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde das populações. As ações da Organização se dão por meio da execução

³ A Organização Pan-Americana da Saúde desde sua criação recebeu várias denominações: Escritório Sanitário Internacional, de 1902 até 1922; Repartição Sanitária Pan-Americana de 1922 a 1947; Organização Sanitária Pan-Americana de 1947 a 1958 e Organização Pan-Americana da Saúde desde 1958 (PIRES-ALVES, 2011).

⁴ A Bireme, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, foi instituída em março de 1967, tendo sede na cidade de São Paulo, no campus central da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Efetivou-se mediante um compromisso formal entre a OPAS, o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e a Escola Paulista de Medicina. Ela é um centro diretamente gerenciado pela OPAS e tem por objetivo central viabilizar um sistema continental de informação com a missão de divulgar produção bibliográfica na pesquisa biomédica, no ensino de medicina e da prática médica nos países da América Latina (PIRES-ALVES, 2008).

⁵ O Panaftosa foi criado em 1951, como projeto técnico para apoiar os países afetados pela febre aftosa, doença viral altamente contagiosa que afeta bovinos, caprinos, ovinos, suínos e outros animais. Em 1968 foi incorporado como programa regular da Cooperação Técnica do Programa de Saúde Pública Veterinária da OPAS. O Centro Pan-americano de Febre Aftosa tem sua sede em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Sua estrutura física conta com laboratório para diagnóstico, atividades de pesquisas, controle de vacinas, dependência para estudos epidemiológicos e estatísticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&task=view&id=144&Itemid=122>. Acesso em: 10 abr. de 2012).

de projetos em conjunto com outros organismos de apoio internacional, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Sistema Interamericano de Cooperação da Organização dos Estados Americanos (OEA), fundações filantrópicas e organizações comunitárias, além de universidades, faculdades e escolas de saúde.

No decurso da década de 1950 a agenda de trabalho da OPAS se ampliou, contexto em que a discussão sobre a formação de profissionais em saúde foi incorporada como tema central da organização. Vale destacar que naquela conjuntura histórica a carência de profissionais de saúde nos centros urbanos e, principalmente na área rural era um problema a ser enfrentado. Assim sendo, a OPAS se empenhou em promover a ampliação do número de estabelecimentos de ensino médico na América Latina e Caribe, além da introdução e desenvolvimento do ensino voltado à Medicina Preventiva⁶ (PIRES-ALVES; PAIVA; HOCHMAN, 2008).

Pires-Alves, Paiva e Hochman (2008), ao discutirem as agendas dirigidas para a formação de trabalhadores e para a gestão do trabalho em saúde no Brasil, em especial os programas desenvolvidos pela OPAS, informam que na gestão de Fred Soper, 4º Diretor da referida Organização, no período de 1947 a 1959, houve um consistente incentivo ao desenvolvimento de programa de bolsas para realização de estudos nos EUA destinado a diferentes profissionais, dentre eles médicos, engenheiros sanitários, enfermeiros, dentistas, veterinários e outros profissionais de saúde. Tal movimento, de atribuição de bolsas, foi considerado um processo de “americanização” da formação em saúde⁷.

O movimento iniciado pela OPAS, quanto à formação de recursos humanos em saúde para a América Latina e Caribe, no período do diretor Fred Soper, ganhou força nas gestões posteriores da entidade por meio de ações, acordos, resoluções que continuaram reforçando a política de concessão de bolsas de estudos:

O objetivo deste investimento era criar serviços nacionais de saúde a partir de lideranças nacionais bem capacitadas, o que significava contar com trabalhadores com grau de especialização avançado em medicina ou outras ciências da saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; HOCHMAN, 2008, p. 825).

⁶ De acordo com Feuerwerker (1998), a introdução da Medicina Preventiva foi o movimento que obteve grande repercussão no campo da formação. Configurou-se em uma tentativa de propiciar, desde as faculdades de medicina, a incorporação da prevenção de doenças, da promoção à saúde à prática médica, além de valorizar a relação entre social e coletivo e processo saúde-doença. O resultado prático deste movimento foi a implantação generalizada dos departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, sem ter sido possível introduzir modificações substanciais no conteúdo ou na orientação da prática médica.

⁷ Sobre o processo de difusão de valores educacionais, científicos, econômicos e culturais vigentes nas esferas governamentais e empresariais dos Estados Unidos a países da América Latina ver: IANNI, Octavio. **Imperialismo e cultura**. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

É fundamental destacar que a atuação da OPAS, iniciada na década de 1950, na assistência, orientação e implementação de projetos ligados à saúde, junto aos países Latino-Americanos e do Caribe, balizou-se pela difusão de determinado projeto de desenvolvimento econômico, em que a cooperação internacional, via diferentes organismos, foi decisiva na coesão entre os países em torno de um mesmo objetivo, ou seja, a estabilidade econômica e política do mundo (LEHER, 1998; LICHTENSZTEJN; BAER, 1987).

Segundo Singer (1968), a construção de um padrão de desenvolvimento econômico, na década de 1950, teve por objetivo não só contrapor-se ao comunismo, mas sugerir meios pelos quais os países capitalistas mais avançados industrialmente pudessem ajudar as ex-colônias e os países periféricos a encontrarem, de forma coesa, o caminho do progresso e da industrialização.

O modelo de desenvolvimento econômico, como uma doutrina política econômica direcionada para os países chamados “em desenvolvimento”, foi produzido no contexto histórico do pós II Guerra Mundial e pode ser caracterizado como uma das preocupações centrais da economia mundial capitalista, expressando em seu conteúdo os princípios econômicos, políticos e sociais estadunidenses.

A USAID (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional), agência bilateral responsável pelas relações estabelecidas entre os Estados Unidos e os países periféricos, contribuiu decisivamente na ordenação, regulação e concretização de parte da retórica da realização da “Aliança para o Progresso”; construindo as decisões quanto às doações e aos empréstimos em favor dos países periféricos e realizando um novo ajuste entre os países capitalistas (NOGUEIRA, 1999).

A Aliança para o Progresso foi anunciada em março de 1961, por John Kennedy, então presidente dos EUA, aos embaixadores dos países da América Latina, como um programa de ajuda financeira para esta região. Em agosto de 1961, na Conferência de Punta Del Este realizada no Uruguai, ratificou-se o acordo entre os EUA e os dezenove países Latino-Americanos.

As operações da Aliança para o Progresso desenvolveram-se no período de 1961 a 1974, tendo por direção a concepção que a intervenção externa, por meio de financiamento de capital estrangeiro, de investimento de bilhões de dólares, nas economias locais, seria imprescindível para produzir o desenvolvimento econômico dos países integrantes do acordo. Partia-se da lógica de que países periféricos não possuíam condições endógenas para produzirem seu próprio desenvolvimento, reforçando uma prática intervencionista

denominada “desenvolvimento dirigido” por meio de acordos de cooperação técnica (LEHER, 1998).

A proposta da Aliança para o Progresso foi detalhada em reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social da Organização dos Estados Americanos (OEA) que ocorreu na cidade de Punta Del Este, Uruguai, entre os dias 5 a 17 de agosto de 1961. Nesse evento foi aprovado documento, alcunhado *Carta de Punta del Este*, que conclamava os países para associarem-se em um esforço comum no sentido de alcançarem o progresso econômico, detalhando as metas políticas que objetivavam estimular reformas estruturais nos países membros da Aliança. A partir desse evento, as políticas sociais foram inscritas na agenda da cooperação internacional, passando as áreas temáticas, dentre elas a saúde, a serem objetos de discussão, planejamento e implementação de projetos.

Cabe registrar que a Carta de Punta del Este apresentou dois documentos anexos: o Plano Decenal de Educação da Aliança para o Progresso e o Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso. O Plano Decenal concernente à saúde referendou a concepção da Aliança acerca do conceito de desenvolvimento, reforçando que havia relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento econômico, nível de vida e bem-estar. Indicou, também, como indispensável à realização de planos nacionais de longo prazo para a prevenção das doenças e pela defesa e recuperação da saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1961).

Como uma das recomendações aos governos, o I Plano Decenal de Saúde orientou quanto à importância em dar particular valor à formação e capacitação de profissionais e auxiliares para ações de prevenção e cura de doenças; sendo preciso determinar o número necessário de profissionais em cada categoria, capacitar em serviço os profissionais e formar outros em número suficiente, além de ampliar ou criar centros educativos necessários (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1961).

Nesse contexto, a OPAS passou definitivamente a se configurar como instância técnica do sistema interamericano, além de expressar as ideias das comunidades especializadas da área da saúde. Como apontado anteriormente, a mencionada organização, desde os anos de 1950 debruçou-se sobre as questões acerca da formação de recursos humanos para a saúde e de forma mais particular ao ensino geral de Medicina e da Medicina Preventiva (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

O destaque à temática ligada às questões da formação de recursos humanos em saúde, pela OPAS, é resultado do debate coletivo que ocorreu progressivamente no decurso das décadas de 1950, 1960 e 1970 (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006). Debate pautado,

fundamentalmente, pela discussão da educação médica, dado que pode ser explicado pelos inúmeros eventos e publicações da época. Um dos exemplos emblemáticos foi o Primeiro Congresso Pan-Americano de Educação Médica, realizado na cidade de Lima, Peru, entre os dias 14 a 18 de maio de 1951, que teve por objetivo elencar e discutir os problemas enfrentados pela educação médica. Ao final do evento publicou-se um documento explicitando pontos fundamentais, conclusões, atividades e resoluções a serem seguidas pelos países (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1952).

O referido Congresso indicou como prioridade às escolas, a ampliação do ensino de Medicina Preventiva⁸ e Social, sendo que a graduação deveria possibilitar uma formação generalista aos futuros médicos, ficando a especialização para o nível de pós-graduação. As conclusões do Congresso indicam encaminhamentos pedagógicos a serem seguidos pelas escolas, no sentido de:

Reducir los programas de cada curso a lo esencial. Estos programas deberán desarrollarse integralmente en un número de horas previamente fijado. [...]
 Recomendar que la enseñanza sea lo mas objetiva posible por medio de demostraciones y ejercicios prácticos.[...]
 Organizar seminarios con participación activa de los estudiantes ⁹
 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1952, p. 35).

Este Congresso lançou uma das ideias que mais tarde ganhou destaque no campo da formação profissional em saúde, a ênfase da formação no ensino da Medicina Preventiva, que por sua vez, segundo esse movimento, requereria das escolas uma reorientação quanto à organização do currículo e dos aspectos pedagógicos.

Na sequência desse acontecimento dois outros eventos internacionais promovidos pela OPAS marcaram a discussão sobre formação em saúde, sendo eles o seminário de Viña del Mar (Chile), realizado em 1955 e o Seminário em Tehuacán (México) realizado em 1956.

⁸ O ensino da Medicina Preventiva deveria oportunizar ao futuro profissional compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, proporcionando as noções fundamentais, as normas e técnicas para proteger e promover a saúde dos indivíduos. Além disso, partia-se da compreensão de que seria de suma importância conscientizar os médicos acerca da importância da prevenção em igual nível e em harmonia com os outros aspectos da formação e ação profissional, tais como o diagnóstico e o tratamento (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957).

⁹ Reduzir os programas de cada curso ao essencial. Estes programas devem ser totalmente desenvolvidos num certo número de horas previamente fixados. [...]
 Recomendar que o ensino seja o mais objetivo possível por meio de demonstrações e exercícios práticos. [...]
 Organizar seminários com a participação ativa dos estudantes (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1952, p. 35, tradução nossa).

Os dois seminários tiveram o mesmo método de trabalho, ou seja, a discussão coletiva entre diferentes escolas de medicina da América Latina, congregando também o mesmo objetivo, o de discutir o ensino de Medicina Preventiva no processo de formação de médicos.

2.2 As Influências Teóricas dos Seminários de Medicina Preventiva para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde

O primeiro seminário de Medicina Preventiva foi realizado em Viña del Mar entre os dias 10 a 15 de outubro de 1955, a discussão concentrou-se em quatro temáticas: I- Programas e métodos de ensino da Medicina Preventiva; II- Organização do departamento de Medicina Preventiva, a formação e as funções dos docentes; III- Relações com outros departamentos da escola médica e IV- papel dos departamentos de Medicina Preventiva nas atividades dos serviços de saúde pública e vice-versa (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957).

Deste seminário participaram 58 professores ligados ao ensino da Medicina Preventiva de faculdades de escolas médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguay, Peru, Uruguai e Venezuela, além da chefia das divisões de educação e treinamento da Organização Mundial da Saúde e da OPAS, que naquele momento era denominada como Oficina Sanitária Pan-Americana. Participaram também delegados do Ministério da Educação do Brasil, de escritórios da Fundação Rockefeller no Brasil, Chile e México, totalizando 73 participantes.

Da discussão realizada no Seminário de Viña del Mar emergiram alguns pontos básicos, que deveriam nortear uma adequada educação médica, dentre eles, apontou-se a necessidade de ajustar o número de estudantes às possibilidades técnicas e econômicas de um bom ensino; realizar uma seleção cuidadosa dos alunos, considerando suas condições de inteligência, conhecimentos básicos, caráter e habilidades; oportunizar a dedicação exclusiva aos professores; e como dever primordial das escolas formar médicos generalistas, sendo que as especialidades ficariam para cursos posteriores, além de no final da formação realizar um internato dedicado ao trabalho prático no hospital e em consultório externo (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957, p. 8).

Quanto aos métodos de ensino mais adequados à formação em Medicina Preventiva, a discussão registrou que as aulas expositivas deveriam ocupar a menor proporção na formação para dar maior desenvolvimento aos seminários, discussões bibliográficas, trabalho individual

dos alunos em laboratórios, clínicas e em campo de prática (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957).

O seminário enfatizou como fundamental, a participação ativa do aluno nos serviços locais de saúde, desde que esses serviços tivessem uma organização adequada para receber alunos e que a prática ali desenvolvida fosse supervisionada por pessoal experiente e responsável. Duas posições se destacaram do seminário, quanto à forma de ensino defendida. Uma compreendia que a participação do aluno nos serviços locais de saúde deveria ser iniciada precocemente no currículo, e a outra, que a referida prática deveria ocorrer depois que o aluno tivesse terminado a formação nos ramos básicos e adquirido uma base científica (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957).

O Seminário realizado em Tehuacán (México) seguiu os mesmos moldes do realizado em Viña del Mar, tendo o mesmo objetivo, a mesma metodologia e as mesmas temáticas de discussão. O referido seminário ocorreu entre os dias 23 a 28 de abril de 1956.

Pelo estudo do relatório do Seminário de Tehuacán, as conclusões desse evento reforçaram as do primeiro seminário. Todavia é possível identificar uma maior explicitação quanto aos métodos de ensino considerados mais adequados para a formação de um profissional comprometido com a Medicina Preventiva.

Para la enseñanza de la medicina preventiva se debe recurrir a todos los métodos que son usuales en la docencia moderna. El Seminario estuvo unánimemente de acuerdo com reducir a un mínimo razonable la conferencias magistrales e incrementar los métodos que den la oportunidad al estudiante de practicar activamente la medicina preventiva en los pacientes, sus familias y la comunidad, así como la de investigar los problemas de salud pública de su país. Se puso especial énfasis en que deben preferirse los métodos en los cuales el alumno aprenda en forma activa desde los primeiro años¹⁰ (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1975, p. 17).

Os dados sistematizados e apresentados até o momento permitem indicar que os seminários sobre o ensino de Medicina Preventiva demarcaram a discussão não só da formação da medicina, mas também, das demais categorias profissionais em saúde, fundamentalmente no que se refere à sugestão da mudança dos pressupostos pedagógicos na formação. Ao que parece há uma estreita vinculação entre formar para a prática da Medicina

¹⁰ Para o ensino da Medicina Preventiva deve-se recorrer a todos os métodos que são comuns no ensino moderno. O Seminário foi unanimemente de acordo em reduzir a um mínimo razoável as aulas e ampliar os métodos que dão ao aluno a oportunidade de praticar ativamente a Medicina Preventiva nos pacientes, em suas famílias e na comunidade, bem como investigar os problemas de saúde pública de seu país. Foi dada especial ênfase na preferência dos métodos em que o aluno aprenda ativamente desde os primeiros anos (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957, p. 17, tradução nossa).

Preventiva e a adoção de pressupostos pedagógicos que reforçassem a atividade do aluno; a aprendizagem ativa, em detrimento da redução do quantitativo de aulas teóricas, das aulas expositivas pelo professor, aspectos pedagógicos considerados tradicionais e pouco eficazes para o modelo de atuação profissional que ora estava emergindo.

De forma geral, os dois seminários deram ênfase à necessidade da incorporação das ciências sociais na formação em medicina como base de análise do fenômeno saúde/doença, indicando a observação de fatores ambientais e sociais para o tratamento da doença e para a preservação da saúde. Indicou-se seguramente que a formação em medicina deveria ser generalista, com sentido humanista, recomendou-se prioridade na criação do departamento de Medicina Preventiva nas escolas de medicina, como possibilidade de garantir que o aspecto da prevenção fosse incorporado à formação dos profissionais.

Quanto à reflexão e ao debate da concepção de Medicina Preventiva, seu desenvolvimento histórico, seus fundamentos práticos e os limites do discurso do movimento preventivista no Brasil, a produção teórica e a militância de Sérgio Arouca teve papel de destaque.

Antônio Sérgio da Silva Arouca nasceu em 20 de agosto de 1942, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo e faleceu no Rio de Janeiro em 02 de agosto de 2003. Formou-se em medicina pela Universidade de São Paulo e doutor em Medicina Preventiva e Social pela Unicamp. Em 1975 defendeu a tese de doutorado em que fez críticas contundentes à concepção liberal e individualista que dava sustentação à Medicina Preventiva brasileira, expôs as limitações dessa prática e indicou uma nova construção teórica que colocava a saúde pública no interior dos conflitos sociais, o referido trabalho foi intitulado: “*O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*”. As ideias e as conclusões polêmicas apresentadas na tese fizeram que a direção da Unicamp retardasse em um ano sua defesa. A elaboração e a defesa do trabalho foram acompanhadas com interesse pelos profissionais da área, gerando intenso debate acerca da temática (MIRANDA, 2003; ABREU, 2005).

Sérgio Arouca foi secretário municipal e estadual de saúde no Rio de Janeiro e presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Destacou-se como um dos líderes da reforma sanitária brasileira. Coordenou a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram lançados os alicerces do Sistema Único de Saúde. Foi consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e atuou em vários países, como México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. Trabalhou nos anos de 1980 junto ao governo sandinista

da Nicarágua. Em 1985, ao voltar para o Brasil foi eleito chefe do Departamento de Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (MIRANDA, 2003).

No campo político teve significativa participação, enquanto candidato a vice-presidente da República na chapa do PCB, encabeçada por Roberto Freire, em 1989. No ano seguinte, foi eleito deputado federal do estado do Rio de Janeiro pelo PCB. Em 2003 Arouca assumiu a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, sendo nomeado como representante do Brasil na Organização Mundial de Saúde e coordenador geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu entre os dias 7 a 11 de dezembro de 2003. Arouca faleceu em 02 de agosto de 2003 e a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi nomeada Conferência Sérgio Arouca, como uma homenagem por sua história de militância pela saúde da população brasileira (MIRANDA, 2003; ABREU, 2005).

A tese de Arouca (1975) lançou uma série de reflexões, partindo da hipótese de que não existia uma identidade entre as condutas preventivas¹¹ e a Medicina Preventiva. A Medicina Preventiva seria um novo fenômeno no campo conceitual da área médica.

A Medicina Preventiva, como disciplina do ensino médico, fez seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude formada nas Faculdades de Medicina (AROUCA, 1975, p. 177).

A emergência da Medicina Preventiva deveu-se a três correntes, sendo uma delas a Higiene, vertente que se apresentou no século XIX como prática médica ligada ao desenvolvimento do capitalismo e a ideologia liberal. A Higiene, enquanto doutrina médica, atribuía aos sujeitos sociais a responsabilidade individual perante a saúde, mediante prescrições de recomendações de normas, que se fossem aplicadas corretamente manteriam a saúde dos indivíduos.

Outra corrente foi aquela que procedeu à discussão dos custos da atenção médica, realizada nas décadas de 1930 e 1940, fundamentalmente nos países centrais. A mencionada discussão foi referendada pela Conferência Mundial de Saúde, realizada em Washington em 1938, que defendeu a ideia de um programa geral de atenção médica que produzisse a redução dos custos, considerados excessivos para os indivíduos, bem como, a expansão dos serviços de saúde pública e seus programas. A discussão dos custos da atenção médica levou a

¹¹ Segundo Arouca (1975), uma conduta preventiva pode ser caracterizada quando tem por objetivo imediato a não ocorrência do processo doença, através da interferência na interação hospedeiro-agente, no meio-ambiente, nos fatores predisponentes, na educação, na promoção da saúde, nas mudanças de hábitos, dentre outras.

posturas antagônicas entre a organização da categoria médica que buscava o bloqueio de intervenção do Estado e entre o Estado que tentava racionalizar a atenção médica (AROUCA, 1975).

A terceira vertente, que contribuiu para a emergência da Medicina Preventiva foi, de acordo com Arouca (1975), o movimento de redefinição dos perfis profissionais a serem desenvolvidos durante o processo de formação médica. Os futuros profissionais deveriam ser imbuídos de uma nova atitude para com o paciente, sua família e a comunidade.

A Medicina Preventiva como se fosse o partido de uma “nova atitude”, como o corpo investido de sua defesa e implantação, penetra assim em uma nova dimensão: a da educação médica. Ponto de batalha, teste de sua estratégia, é no estudante que se deve incorporar estas atitudes para que elas se reflitam na prática (AROUCA, 1975, p. 20-21).

Segundo Arouca (1975), o movimento preventivista, ao proceder à crítica da prática médica, inicia pela caracterização de seu oponente, ou seja, a medicina curativa, objetivando demonstrar os limites de sua prática, ao indicar que se tratava de uma prática reduzida ao diagnóstico e à terapêutica, sendo a prevenção e a reabilitação secundarizadas. O movimento definia a medicina curativa como aquela “[...] que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida” (AROUCA, 1975, p. 13).

A contestação da prática médica, pelo movimento preventivista foi dirigida há vários planos de atuação no campo, sendo destacada a ineficiência das ações centradas na intervenção terapêutica, considerada responsável pelo encarecimento da atenção médica e pela redução do seu rendimento, expressando a ausência de racionalidade; a especialização da medicina foi apontada como um elemento limitador da prática, pois levaria a perda da noção de totalidade do cuidado à saúde, reforçando uma prática instrumental e o desaparecimento do aspecto humano na atuação médica; a ênfase no aspecto biológico do cuidado à saúde foi considerada um problema na atuação médica; falta de relação da prática médica curativa com a comunidade, e por fim, foi apontado que a educação médica, centrada no aspecto curativo, formava profissionais que não atendiam às necessidades de cuidado à saúde das comunidades, questão mais grave nos países periféricos, que formavam médicos de acordo com padrões dos países centrais e não a partir da realidade do meio social (AROUCA, 1975).

A Medicina Preventiva passou a se configurar como uma nova atitude a ser incorporada à prática médica e essa atitude deveria ser desenvolvida durante o processo de formação do médico por intermédio de meios e pessoal específicos (AROUCA, 1975). Este movimento passa a divulgar o discurso que apregoava a necessidade de mudança na formação

dos profissionais da medicina e, em decorrência, na formação dos demais profissionais da saúde.

Assim, a mudança refere-se muito mais ao estabelecimento de novas relações sociais entre médico-paciente, família, comunidade, outros profissionais e instituições, assumindo que estas relações são determinadas por uma “atitude”. Posição basicamente antropológica, em que o homem, livre das determinações, instaura novas relações sociais; em que atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais existentes e que em última instância coloca uma outra forma mais geral de causalidade para as relações sociais, em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular. Posição cientificista quando assume que a criação de um “paradigma” transforma e determina novas relações sociais (AROUCA, 1975, p. 86).

De tal modo, o movimento de criação dos departamentos de Medicina Preventiva nas instituições formadoras, iniciado nos Estados Unidos e no Canadá ganhou força no contexto internacional. No Brasil os primeiros departamentos foram criados na década de 1950, na então Faculdade Paulista de Medicina e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, na década de 1960 outras instituições também criaram Departamentos de Medicina Preventiva, como foi o caso da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O argumento era de que tais departamentos seriam os espaços legítimos para promoverem a mudança ao nível da escola, viabilizar a capacitação e aperfeiçoamento dos docentes responsáveis pela formação; ensinar os princípios da Medicina Preventiva a fim de levar os estudantes a assimilarem o conceito integral de medicina, possibilitando uma mudança na formação (OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, 1957).

Nesse contexto, o método de ensino da Aprendizagem Baseada em Problemas ou Problem Based Learning (PBL) é tomado como a possibilidade de promover uma formação dos profissionais de saúde voltada para uma nova concepção de cuidado à saúde humana, àquela respaldada nos princípios da Medicina Preventiva. A partir do final dos anos de 1960 as Universidades pioneiras na adoção do PBL foram a Maastricht, Holanda e a Faculdade de Medicina da Universidade McMaster, Canadá.

O movimento promovido pela Medicina Preventiva reafirmou o mito de que os problemas de saúde da população, em grande medida, resultantes das relações sociais, poderiam ser solucionados por uma formação adequada dos profissionais da área, pela adesão a uma nova atitude profissional. Que no limite poderia provocar mudança no contexto da assistência e melhoria das condições de saúde das populações (AROUCA, 1975).

Os vários encontros, seminários com caráter internacional, que discutiram as práticas em saúde e a formação dos profissionais da área, apresentados anteriormente, tiveram papel determinante em desenvolver esta ideia nas escolas. “A Medicina Preventiva assume assim a forma de um movimento social, que a partir dos Seminários e Congressos espraia-se em uma rede, em uma dinâmica de influências, de despertar e reforçar consciências” (AROUCA, 1975, p. 93).

Considerando essas constatações é possível indicar que o movimento da Medicina Preventiva gerou um movimento no campo pedagógico, ao propor uma metodologia de ensino alternativa, sugerindo a aprendizagem ativa como a forma mais adequada para a formação profissional em saúde, além de indicar a necessidade da revisão do papel dos docentes.

A Medicina Preventiva estabelece a relação com dois campos discursivos: por um lado, o da prática médica, que exige os conceitos de saúde, doença, medicina compreensiva, de comunidade, integral, etc., e, pelo outro, o da educação médica, com as noções de currículo, integração, aprendizagem, etc. Em síntese, o plano discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização de conhecimento, de tensão teórica (AROUCA, 1975, p. 136).

Em suma, o discurso pedagógico que emergiu no contexto da divulgação da Medicina Preventiva, já apresentava alguns pressupostos das denominadas metodologias ativas, que na atualidade são tomadas como referência no movimento de mudança da formação dos profissionais da saúde como capazes de formar profissionais mais comprometidos, técnica e politicamente, com os problemas de saúde da população brasileira.

Nunes (1984), ao analisar a organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, de 1965 a 1982 apontou que naquele momento a tentativa de incorporação preventivista no plano maior da prática médica não teria sucesso, pois havia a contradição entre a introdução de atitudes sociais, epidemiológicas e educativas e o caráter privado da organização do cuidado médico. O mesmo autor advertiu que os obstáculos que se apresentavam para a efetivação da Medicina Preventiva não se colocavam no plano do conhecimento e nem poderiam ser removidos exclusivamente pelas inovações das técnicas pedagógicas e da pesquisa, uma vez que a maior dificuldade estava na organização e redefinição das políticas de saúde.

As discussões sobre formação dos profissionais de medicina impulsionaram a emergência de diversas entidades representativas na América Latina, ligadas a diferentes

profissões em saúde, dentre elas a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM), criada em 1962; Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Saúde Pública (ALAESp), fundada em 1974; Organização das Faculdades e Escolas de Odontologia (OFEDO) instituída em 1980; Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), fundada em 1984; Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Enfermagem (ALADEFE) de 1986, além dessas entidades outras surgiram com caráter local/nacional (ALMEIDA, 1999).

As fontes consultadas permitem concluir que a Medicina nos últimos anos veio, de forma intencional e organizada, promovendo a discussão, proposição e encaminhamentos quanto ao processo de formação escolar de seus profissionais. Dados apresentados por Almeida (1999) avalizam a ideia explicitada. Entre os anos de 1960 a 1990 foram realizadas 25 conferências de abrangência Pan-Americana e Latino-Americana, promovidas pela UDUAL - União de Universidades da América Latina e Caribe e pela Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina.

2.3 A Formação Profissional em Saúde como Temática dos Primeiros Planos Decenais de Saúde das Américas

Dentre os documentos direcionadores da discussão da formação de profissionais para a saúde destaca-se o II Plano Decenal de Saúde das Américas de 1972, resultado da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas ocorrida em Santiago (Chile) entre os dias 2 a 9 de outubro.

O II Plano Decenal, compreendido para o período de 1971 a 1980, ao abordar vários temas ligados à saúde reforçou a concepção expressa no I Plano, ou seja, a saúde seria uma área estratégica para o desenvolvimento econômico:

Mirando el amplio espectro de nuestras acciones y la huella de los pasos para desbrozar la senda, hemos reafirmado nuestro sentido ecuménico y universal de la salud como una ciencia y una filosofía al servicio del hombre y de la humanización del desarrollo. Tampoco hemos olvidado la salud como fuente de la conciliación de los seres con el ambiente en que a diario se

debaten¹² (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 127).

De acordo com essa lógica, a saúde deveria ser concebida como um direito universal, como possibilidade de garantir um caráter civilizatório às sociedades:

[...] la atención de la salud es un derecho de la población y el Gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos. Por todas estas razones la salud es un derecho universal que distingue una sociedad civilizada de la que no la es¹³ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 4).

As recomendações do II Plano Decenal de Saúde voltaram-se para temáticas ligadas à ecologia, saúde materno infantil, alimentação e nutrição, participação da comunidade na organização e realização de programas de saúde e recursos humanos para a saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973).

Na questão mais específica sobre recursos humanos para o setor, o Plano reafirmou que os profissionais da área constituíam-se em elementos fundamentais para a atenção integral à saúde, fossem eles, das diversas categorias, graduados ou técnicos formados em instituições de ensino superior. Recomendou ênfase na formação generalista dos profissionais de saúde, indicando que a distribuição dos médicos especializados deveria ser feita de maneira racional e em todo o território dos países para assim obter maior aproveitamento do tempo de trabalho.

O II Plano Decenal de Saúde registrou que os graduados em enfermagem e auxiliares de enfermagem eram essenciais naquele momento para a prestação do cuidado em saúde dos países em desenvolvimento, recomendando assim, o investimento intenso na formação desses profissionais.

A discussão reconheceu avanços na formação de diversas categorias profissionais, mas ainda, naquele momento, a quantidade de profissionais foi considerada insuficiente em relação às necessidades de atenção à saúde:

¹² Olhando para o amplo espectro de nossas ações e o traço das etapas para demarcar o caminho, reafirmamos o nosso sentido ecumênico e universal de saúde como uma ciência e filosofia ao serviço do homem e da humanização do desenvolvimento. Tampouco, nós nos esquecemos da saúde como fonte de conciliação dos seres com o ambiente em que cada dia se debatem (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 127, tradução nossa).

¹³ [...] a atenção à saúde é um direito da população e o Governo tem a responsabilidade de assegurar que seja igual para todos. Por todas estas razões, a saúde é um direito universal que distingue uma sociedade civilizada de uma que não é (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 4, tradução nossa).

Hubo también progresos sustanciales en la década pasada en la formación de odontólogos, ingenieros, médicos veterinários, bioquímicos, farmacêuticos, nutricionistas y otros profesionales. Sin embargo, la necesidad actual es mucho mayor y la que se ve venir obliga a intensificar la preparación de profesionales de la salud¹⁴ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 14).

O documento final reiterou a proposta de reforma do ensino das profissões da área da saúde divulgada pela OPAS e OMS que sugeria aos países a realização do planejamento da formação de recursos humanos, criando de acordo com as condições de cada um, novos tipos de profissionais de saúde, além de incrementar os já existentes. A proposta de reforma também apontava que a formação em saúde deveria prever aspectos sociais buscando reafirmar uma abordagem multidisciplinar dos problemas de saúde, sendo o ensino baseado em problemas e não em disciplinas, a estratégia pedagógica para uma formação mais integral (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973).

O II Plano Decenal de Saúde sugeriu a Integração Docente-Assistencial (IDA) como a estratégia pedagógica central para o campo da formação na referida competência. A IDA¹⁵ foi uma formulação do pensamento médico educacional considerado crítico e com expressão significativa na década de 1970. A IDA passou a ser indicada como a possibilidade de aproximar o ensino acadêmico com a realidade, efetivando a desejada formação de profissionais convenientes às necessidades dos serviços de atenção salubre:

Para llevar a la práctica esta política hemos recomendado una más estrecha acción de los organismos de salud, públicos y privados, con las universidades por medio de la regionalización docente-asistencial. Los primeros contribuyen y se benefician de la educación y las segundas se incorporan auténticamente al desarrollo y al bienestar¹⁶ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 14-15).

¹⁴ Houve também progressos substanciais na última década na formação de dentistas, engenheiros, veterinários, bioquímicos, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais. No entanto, a necessidade real é muito maior e se vê obrigado a intensificar a preparação dos profissionais de saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 14, tradução nossa).

¹⁵ Em documento divulgado pela OPAS, sobre os requisitos mínimos para a criação de escolas de medicina, de 1979, indicava-se a IDA como o processo que de fato viabilizaria a vinculação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, objetivando a melhoria da atenção a saúde, a produção do conhecimento e a formação de profissionais (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; FEUERWERKER, 1998).

¹⁶ Para implementar esta política, temos recomendado uma ação mais estreita das agências organismos de saúde, públicas e privadas, com as universidades, através da regionalização docente-assistencial. Os primeiros contribuem e se beneficiam da educação e os últimos são incorporados autenticamente ao desenvolvimento e ao bem-estar (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 14-15, tradução nossa).

Percebe-se que alguns pressupostos, como o ensino organizado tendo por base a solução de problemas, livre de um currículo disciplinar; a ênfase na Integração Docente-Assistencial e na formação generalista foram recomendadas como necessárias e elementos importantes para a reforma do ensino das profissões da área da saúde.

2.4 As Conferências Mundiais de Educação Médica: Marcos Centrais na Reorientação da Formação Profissional em Saúde

A partir da metade da década de 1980, intensificaram-se iniciativas de estímulo e apoio à reformulação do ensino médico em âmbito internacional. Desde 1985, preparativos foram feitos para a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, marcada para 1988 e promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME)¹⁷.

A mencionada Conferência que ocorreu na cidade de Edimburgo (Escócia) entre os dias 07 a 12 de agosto de 1988, é considerada como um ponto marcante do debate acerca da relevância da educação médica no contexto da política mundial de saúde, que se estabelecia no final da década de 1970 (FEUERWERKER, 2006).

O contexto no campo da saúde, em que a I Conferência Mundial de Educação Médica ocorreu, revela o movimento político que lançou a meta mundial denominada “Saúde para todos no ano 2000”, aprovada na 30ª Assembleia Mundial de Saúde¹⁸, evento da Organização Mundial de Saúde, ocorrido em 1977. Como decorrência desse lema, em 1978 foi realizada no Cazaquistão (Rússia) a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, sob o patrocínio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

¹⁷ Ao sistematizar os dados da presente pesquisa observou-se uma imprecisão na bibliografia estudada em relação a qual seria a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica (CMEM). Em diferentes fontes encontra-se a indicação de que a mesma ocorreu em Londres, no ano de 1959, todavia, outros documentos, mencionam que em 1988, em Edimburgo ocorreu a 1ª CMEM. Segundo Almeida (1999), até meados dos anos de 1970 constata-se que teriam sido realizadas três Conferências sobre as quais não se tem registros. O mesmo autor revela que indagou à Federação Mundial de Educação Médica por que não foram levados em conta esses eventos que precederam a então “Primeira” Conferência de Educação Mundial de Educação Médica de Edimburgo, em 1988, entretanto não lhe foi esclarecida tal dúvida. Considerando o exposto, no presente trabalho será considerada como 1ª CMEM o evento que ocorreu em Edimburgo em 1988, por ser recorrentemente citado na bibliografia que se dedica ao estudo da formação em saúde.

¹⁸ A Assembleia Mundial da Saúde é o principal órgão decisório da OMS. Participam nela delegações de todos os Estados-Membros da OMS; ocupa-se de uma agenda específica da saúde, preparada pelo Conselho Executivo. As principais funções da Assembleia Mundial da Saúde são definir as políticas da Organização, nomear o Diretor-Geral, supervisionar as políticas financeiras e rever e aprovar o orçamento. A Assembleia da Saúde ocorre anualmente em Genebra, Suíça (Informações encontram-se disponíveis em <<http://www.afro.who.int/pt/oms-em-africa/governanca/assembleia-mundial-da-saude.html>>. Acesso em: 10 jan. 2012).

A Conferência de Alma-Ata assinalou que havia uma disparidade no estado de saúde da população dos países “em desenvolvimento” em relação aos países desenvolvidos e por esse motivo conclamou todas as nações a se mobilizarem de forma solidária a fim de encontrar uma solução para tal questão, “[...] já que a solução de saúde do povo de um país interessa e beneficia diretamente a todos os demais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978, p. 06).

Assim sendo, a Conferência de Alma-Ata estabeleceu como meta que todos os governos participantes deveriam adotar medidas sanitárias adequadas e de acordo com as necessidades locais, para que os povos atingissem no ano 2000 um nível de salubridade que os permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva, favorecendo a diminuição da pobreza. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde seria a mais adequada para atingir tal meta.

A atenção primária em saúde se traduz na assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundadas e socialmente aceitas, colocadas ao alcance de todos os indivíduos, das famílias e da comunidade, mediante a plena participação e a um custo que a comunidade e os países possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seus desenvolvimentos, com o espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978, p. 03).

A Conferência em Alma-Ata também indicou que os efeitos negativos do projeto de desenvolvimento econômico vigente, principalmente os altos índices de pobreza absoluta poderiam colocar em risco o desenvolvimento mundial.

A grave desigualdade existente no estado de saúde da população, especialmente entre os países em desenvolvimento, assim como internamente em cada país é política, social e economicamente inaceitável e, portanto motivo de preocupação comum para todas as nações. [...] é de importância fundamental para que se obtenha um grau máximo de saúde para todos e para reduzir o fosso que separa, no plano da saúde, os países em desenvolvimento dos países desenvolvidos. A promoção e proteção à saúde do povo são indispensáveis para um desenvolvimento econômico social sólido e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978, p. 1-2).

As recomendações da Conferência, expressas na designada Declaração de Alma-Ata, reforçaram a lógica de que a Atenção Primária à Saúde seria a estratégia adequada para atingir a meta “Saúde para Todos no ano 2000” e essa lógica exerceu influência em vários países, na

reformulação política da prestação de serviços de saúde, além da reorientação da formação dos profissionais da área (FEUERWERKER, 2006).

A discussão das precárias condições de vida, da redução ou o alívio da pobreza nos países periféricos, e de forma mais particular na América Latina, no final da década de 1970, foi colocada no centro do debate dos organismos internacionais como tarefa de “cooperação internacional” e como necessidade política. Segundo Leher (1998) as agências internacionais, ao elegerem a pobreza enquanto área de interesse e investimentos internacional buscaram exercer certo controle preventivo dos países ou regiões que vivenciavam momentos críticos e explosivos, decorrentes dos altos índices de miserabilidade. Tornou-se essencial para os países centrais promoverem a tranquilidade e a tolerância mundial, aniquilando qualquer revanchismo entre as nações e principalmente evitando que a população dos países periféricos se organizasse localmente, regionalmente ou enquanto classe social em torno de suas questões sociais mais emergentes.

Robert Macnamara, presidente do Banco Mundial, no período de 1968 a 1981, ao perceber a pobreza como um entrave para a segurança e a estabilidade do padrão de desenvolvimento econômico mundial defendeu que seria uma estratégia investir em políticas e programas que visassem reduzir os altos índices de pobreza.

Quando privilegiados son pocos y los pobres muchos extremadamente, y cuando la diferencia entre los dos grupos profundiza en lugar de disminuir, es sólo una cuestión de tiempo antes de tener que elegir entre los costos de la reforma y los riesgos políticos de una rebelión¹⁹ (MCNAMARA, 1972, p. 1070).

Os índices de pobreza e de indigência²⁰ da América Latina nas décadas de 1980, de 1990 e anos iniciais de 2000 mantiveram uma constância, como pode ser visto no quadro 1. O percentual em torno de 40% da população da América Latina vivendo em situação precária de vida, abaixo da linha da pobreza, revela como o modelo de desenvolvimento econômico

¹⁹ Quando os privilegiados são poucos e os extremamente pobres muitos, e quando a diferença entre os dois grupos se aprofunda em vez de diminuir, só é uma questão de tempo até que seja preciso escolher entre os custos de uma reforma e os riscos políticos de uma rebelião (MCNAMARA, 1972, p. 1070, tradução nossa).

²⁰ Quanto às formas de cálculo e os critérios para definir as linhas de pobreza e de indigência no mundo, não há unanimidade, entre os organismos internacionais. O Banco Mundial utiliza a faixa de US\$ 1 dólar por dia por pessoa como linha de indigência e de US\$ 2 dólares por dia por pessoa como linha de pobreza. Para a CEPAL são definidos como pobres os indivíduos cuja renda familiar per capita, é inferior ao valor que corresponderia ao necessário para atender a todas as necessidades básicas (alimentação, habitação, transporte, saúde, lazer, educação, etc.), enquanto indigentes são aqueles cuja renda familiar per capita é inferior ao valor necessário para atender tão somente às necessidades básicas de alimentação (linha de indigência) (CEPAL, 2012, p. 03).

adotado pelos países veio ao longo dos anos gerando desigualdades e riscos sociais, expressos pelos altos índices de mortalidade, desnutrição, má qualidade de vida, dentre outros.

Quadro 1 - Evolução da pobreza e da indigência na América Latina no período de 1980 a 2012^(A)

ANOS	POPULAÇÃO POBRE ⁽¹⁾		POPULAÇÃO INDIGENTE ⁽²⁾	
	Percentual	Pessoas (Milhões)	Percentual	Pessoas (Milhões)
1980	40,5	136	18,6	62
1990	48,4	204	22,6	95
1999	43,8	215	18,6	91
2002	43,9	225	19,3	99
2009	32,8	184	13,0	73
2010	31,0	176	12,1	69
2011	29,4	168	11,5	66
2012 ⁽³⁾	28,8	167	11,4	66

Fonte: CEPAL (2012). Panorama Social da América Latina 2012.

(A) Os dados apresentados correspondem a 19 países da região.

(1) Os dados exibidos representam a porcentagem e o número total de pessoas pobres (indigentes e pobres não indigentes) da América Latina.

(2) Os dados exibidos representam somente a porcentagem e o número total de pessoas indigentes.

(3) Os dados apresentados relativos ao ano 2012 correspondem a uma projeção.

É possível perceber que os índices percentuais de pobreza nos últimos anos tiveram uma diminuição. Entretanto se forem tomado em comparação os números absolutos de pessoas em situação de pobreza do ano de 1980 (136 milhões) e de 2011 (168 milhões) verifica-se um aumento real de 32 milhões de pessoas que passaram a viver em situação de pobreza. Apesar da “cruzada contra a pobreza” estabelecida por diferentes organismos internacionais (Banco Mundial, FMI, UNESCO, OPAS, OMS) por meio de financiamento de projetos e programas específicos, na realidade, não se promoveu alteração no modelo que produzia e produz tais contradições. Sem atingir o núcleo do padrão de desenvolvimento econômico recomendou-se que seria possível combater a pobreza sem fazer alteração no processo de acumulação vigente, ou seja, que seria possível tratar a consequência sem eliminar a causa.

Foi nesse contexto que a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica se realizou. O evento caracterizou-se como um processo de consultas nacionais e regionais que questionou a relevância da educação médica para a efetivação da “Saúde para todos por meio da Atenção Primária de Saúde” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988).

As discussões do evento centraram-se em seis temas que abordaram as seguintes questões: 1) prioridades para a educação médica; 2) estratégias para a educação médica; 3) recursos de apoio; 4) políticas de admissão; 5) vinculações entre educação médica básica, de pós-graduação e continuada e 6) integração da educação médica com a atenção de saúde.

A dinâmica organizativa da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica propiciou a participação de diferentes regiões do mundo decorrente de um processo preparatório. Conferências regionais foram organizadas na Europa, África, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental (FEUERWERKER, 2006).

Nas Américas o processo preparatório foi singular, pois a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) viabilizou a discussão pelo desenvolvimento do Projeto EMA – Educação Médica nas Américas, projeto discutido e aprovado ao final do XI Congresso Pan-Americano de Educação Médica, na cidade do México em dezembro de 1986. O Projeto EMA, desenvolvido no período de 1987 a 1989 e patrocinado pela Fundação Kellogg, foi idealizado e implementado por Mário Chaves²¹, que objetivava a participação ativa das Américas na I CMEM (MATOS, 1997; CHAVES; ROSA, 1990).

As finalidades centrais do Projeto EMA visaram analisar a situação da educação médica com o intuito de identificar problemas, bem como possíveis ações resolutivas e formular um plano de médio prazo para o desenvolvimento da educação médica, com base nas mudanças sociais, nas necessidades epidemiológicas e nos avanços tecnológicos daquele momento (CHAVES; ROSA, 1990).

As discussões realizadas nos diferentes países²² ocorreram em duas etapas. A 1ª fase teve a duração de um ano e foi cumprida integralmente, os relatórios desses países constituíram um único texto, que representou a síntese das ideias sobre o que deveria ser a educação médica e tornou-se em um documento consolidado das Américas à 1ª Conferência

²¹ Mário Magalhães Chaves formou-se em Odontologia (1939-1941) e Medicina (1943-1948) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde se tornou livre docente. Foi professor das Faculdades de Medicina, Odontologia e Saúde Pública. Obteve o grau de doutor em Saúde Pública pela Universidade de Michigan. Desenvolveu atividades em serviços públicos de saúde no antigo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Trabalhou em Organizações Internacionais Governamentais, foi diretor da OMS e OPAS, também em Organizações Não-Governamentais, na Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM), na Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia (ALAFOD) e na Fundação Kellogg. Na Fundação Kellogg foi Diretor de Programas para a América Latina de 1972 até 1985, sendo consultor dessa mesma fundação de 1985 até 1996. Foi consultor da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) destacando-se como membro da Comissão de Planejamento da 1ª Conferência Mundial de Educação e coordenador do Projeto EMA – Educação Médica nas Américas (CHAVES; ROSA, 1990; BARBIERI, 2006).

²² O Projeto EMA contou com a participação de 18 países, sendo eles: Barbados, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana e Trinidad e Tobago (CHAVES; ROSA, 1990).

Mundial de Educação Médica. A 2ª etapa também teve a duração de um ano, que se iniciou após a Conferência. O objetivo dessa etapa foi realizar uma análise situacional e elaborar um plano de médio prazo para o desenvolvimento de educação médica dos países envolvidos (CHAVES; ROSA, 1990).

O processo de discussão realizado nos diversos países que fizeram parte do Projeto EMA foi registrado em relatórios que se consolidaram em um único texto, que foi publicado no livro de título: *Educação Médica nas Américas: o desafio dos anos 90* (CHAVES; ROSA, 1990). A referida publicação apresenta a síntese das ideias sobre quais deveriam ser os novos rumos para a educação médica das Américas.

Um dos temas debatidos e sistematizados pelos países foi quanto à importância da formação científica dos profissionais da Medicina e a preparação para a prestação de serviços. As respostas indicaram certa distinção quanto à formação a ser realizada nos países “em desenvolvimento” e nos países desenvolvidos. Tal questão pode ser percebida no trecho abaixo:

Nos países em desenvolvimento, o curso de graduação não deve corresponder ao preparo para a especialização. Deve capacitar o médico para diagnosticar e tratar com eficiência as doenças prevalentes e para encaminhar, oportunamente, os pacientes cujos problemas ultrapassem sua competência profissional. Por isso, o estudante deve adquirir um conjunto de conhecimentos próprios das ciências básicas, incluídos os progressos biotecnológicos recentes, e ser suficientemente treinado nas áreas clínicas, de modo a estar apto para ações de assistência médica primária. [...]

Nos países desenvolvidos, as competências profissionais dos egressos podem ser mais restritas, porque o tratamento das doenças é estudado, principalmente, na pós-graduação, em consonância com o que aqui se disse antes.

[...] Nos países desenvolvidos, a graduação já não se propõe formar médicos para o exercício imediato da profissão (CHAVES; ROSA, 1990, p. 33).

O documento síntese indicou como prioridade que a graduação deveria formar profissionais com potencial para seguir programas de especialização e educação continuada, incentivando o interesse indiscutível para o aprendizado permanente. Desse modo, o processo de formação escolar deveria desenvolver tal interesse, reforçando a concepção de que os ritmos dos avanços científicos e tecnológicos, além de, cedo, tornar obsoletos os conhecimentos, exige adaptações da prática médica. Como estratégia de ensino houve então a indicação do princípio pedagógico denominado “Aprender a aprender”, como forma de levar o estudante por si só a buscar as informações mínimas e necessárias para compor sua formação profissional:

Por isso **aprender a aprender** deve ser parte integrante do processo ensino-aprendizagem nas escolas médicas. Estas devem proporcionar oportunidades para que os estudantes aprendam sozinhos e se capacitem para procurar informação (CHAVES; ROSA, 1990, p. 34, grifo nosso).

No momento atual, em que o conhecimento é tão extenso, é necessário que o futuro médico disponha de uma bagagem mínima de informação que lhe permita identificar e resolver os problemas de saúde predominantes na área em que vai atuar (CHAVES; ROSA, 1990, p. 40).

A partir da crítica ao ensino considerado tradicional houve a indicação da imprescindível necessidade de mudança na metodologia de ensino-aprendizagem da formação da Medicina. O foco da crítica era de que o ensino alicerçado na transmissão do conhecimento, por meio de aulas expositivas e demonstrações, havia minimizado o desenvolvimento de habilidades e atitudes entre os futuros profissionais da saúde (CHAVES; ROSA, 1990).

Nesse contexto, o pressuposto pedagógico do *Aprender fazendo* emerge como uma alternativa didática eficiente no sentido de romper com a passividade dos estudantes em só receber informações. “[...] Assim, a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço, que possibilita a prática de ações de complexidade crescente, conforme as exigências do serviço e do programa de ensino” (CHAVES; ROSA, 1990, p. 41).

Além dessas recomendações, o documento síntese explicita outro pressuposto pedagógico indicado como fundamental às instituições formadoras no campo da Medicina:

Há necessidade de as escolas médicas se empenharem para assegurar oportunidades **de aprendizagem ativa**, que permitam **experiências pessoais significativas** e motivadoras. Tal metodologia deve ser implementada desde os primeiros momentos do curso, aumentando gradualmente em complexidade para possibilitar que o estudante, pelo contato permanente com o professor e o paciente, possa tomar decisões relativas a problemas de saúde (CHAVES; ROSA, 1990, p. 41, grifo nosso).

O texto elenca os principais obstáculos à aprendizagem ativa, citando as deficiências que os alunos trazem do processo de escolarização anterior, em razão do uso habitual dos métodos pedagógicos passivos; falta de recursos materiais apropriados ao uso hábil de procedimentos que possibilitem a participação ativa do estudante; a falta de preparo pedagógico dos professores que muitas vezes inibem o desenvolvimento da autoaprendizagem pelo aluno (CHAVES; ROSA, 1990).

O Projeto EMA reforçou as orientações explicitadas nos Seminários sobre Medicina Preventiva e, novamente os pressupostos do aprender a aprender; da aprendizagem ativa, respaldada na experiência imediata do sujeito, são alçados como alternativas pedagógicas adequadas para a formação em saúde, no sentido de superarem uma formação considerada tradicional, aquela embasada na transmissão do conhecimento, em que o professor era responsável pela direção do processo ensino-aprendizagem.

Chaves e Rosa (1990) ao avaliarem o Projeto EMA, afirmam:

Representou esse Projeto um verdadeiro corte transversal na educação médica, ao final de década de 80, traduzindo, talvez, o mais amplo consenso de que dispõe hoje, nas Américas, para um amplo esforço de melhoria da qualidade dessa educação, no decorrer dos próximos 10 anos (p. 19).

Os resultados do Projeto EMA devem-se, sobretudo, às associações e escolas de Medicina interessadas em participar de uma atividade em nível continental, que ia ao encontro de seus próprios objetivos e necessidades nacionais. Além disso, tratava-se de um estudo que, além de estar integrado a um esforço mundial, na primeira etapa usava uma metodologia nova, simples, e não diretiva, aplicada ao nível macro da educação médica (p. 25).

Cabe frisar que a medicina, enquanto profissão, de forma organizada vem focalizando a discussão do processo de formação escolar de seus profissionais. Pelos dados apontados até o presente é possível perceber um esforço, tanto em nível mundial quanto nacional em manter a identidade profissional da medicina com reconhecimento social.

Ao analisar o contexto preliminar da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, é possível indicar que esse evento representou o estabelecimento de certos consensos quanto à formação dos profissionais da medicina, que passaram a ser divulgados e implementados por meio de várias iniciativas em diferentes países. Além disso, toda discussão e conclusões emanadas, tanto do Projeto EMA, quanto da própria Conferência acabaram servindo de orientação para outras categorias profissionais da área da saúde. Marcos Kisil, então Diretor de Programa da Fundação Kellogg, quando da realização do Projeto EMA e da I Conferência Mundial de Educação Médica reforçou essa conclusão ao afirmar que: “O estudo EMA, embora dedicado à educação médica, em suas conclusões abrange temas aplicáveis a outras profissões” (CHAVES; ROSA, 1990, p. 18).

Entre os resultados da I Conferência Mundial de Educação Médica consta a aprovação da “Declaração de Edimburgo”, que expressou as linhas gerais para a reforma da educação médica na região das Américas, bem como um plano de ação para implantar as recomendações contidas na Declaração:

[...] el plan propone un programa educativo centrado en la comunidad y que esté más orientado a las prioridades de salud, recalcando la promoción, la prevención y el auto-aprendizaje en un programa de estudios basado en la competencia²³ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988, p. 1).

A Declaração de Edimburgo afirmou que muitas ações poderiam ser feitas para melhorar a saúde geral da população por meio de medidas tomadas no campo da formação profissional. Assim, a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica propôs doze pontos que serviriam de base para as reformas da educação médica, sendo os seguintes: 1) diversificação dos ambientes educacionais, com utilização de todos os recursos de saúde da comunidade e não somente os hospitais; 2) proposição de currículos escolares baseados nas necessidades de saúde; 3) ênfase na aprendizagem ativa e duradoura; 4) estabelecimento de currículos baseados na efetivação da competência profissional; 5) capacitação pedagógica ao docente; 6) complementação da formação com maior ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; 7) integração do ensino de ciência com o ensino da prática; 8) revisão do processo de seleção do futuro aluno de medicina com a utilização de métodos de avaliação que identifiquem as qualidades pessoais; 9) promoção da integração entre os Ministérios de Saúde, Ministério da Educação, serviços de saúde comunitária e outras entidades de interesse para o desenvolvimento conjunto de políticas e programas; 10) viabilização de políticas de admissão à escola que conciliem a quantidade de estudantes formados com as necessidades nacionais de médicos; 11) oportunizar formação multiprofissional; 12) definição de responsabilidades e atribuição de recursos para a viabilização da educação médica continuada (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988).

Em 1993, ocorreu a II Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, entre os dias 8 a 12 de agosto. Muitas organizações forneceram apoio para a realização do evento, dentre elas a OMS, UNICEF, UNESCO, Banco Mundial e muitas outras entidades não governamentais, fundações e associações de profissionais, tendo 240 delegados de 80 países participado dessa Conferência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994).

Da Conferência resultou o documento que teve por propósito divulgar as “Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica”. O texto inicialmente

²³ [...] o plano propõe um programa educacional centrado na comunidade sendo este mais orientado para as prioridades da saúde, enfatizando a promoção, a prevenção e a autoaprendizagem em um currículo baseado na competência (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1988, p. 1, tradução nossa).

expõe uma breve análise da conjuntura em que a área da saúde mundial estava vivenciando no início da década de 1990, levando em conta essa análise apontou-se uma série de desafios a serem enfrentados pelos governantes, além de identificar os problemas, que naquele momento, afetavam a educação médica.

Os problemas mais gerais que a saúde estava enfrentando foram identificados como: aumento significativo na população de alguns países; extensas mudanças nas estruturas políticas nacionais e regionais; recessão econômica, diminuição de recursos; aumento da violência; disseminação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); reaparecimento de doenças supostamente controladas; descontrole na elevação de custos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994).

O retrocesso social drástico, expresso pelos altos índices de pobreza, de doença e deterioração das condições sociais, principalmente nos países periféricos, decorre do receituário neoliberal e das políticas de ajustes estruturais empregadas, na década de 1990, pelos países em desenvolvimento, aqueles que buscando integrarem-se ao *status de desenvolvidos* acabaram adotando políticas que não tinham como foco as necessidades humanas.

O neoliberalismo Latino-Americano no campo social produziu a mercantilização dos bens sociais, privatizando algumas das atividades oferecidas pelos serviços públicos e reduzindo drasticamente o gasto social público, e o mais marcante, a tentativa de supressão da noção de direitos sociais (LAURELL, 2002). Nesse contexto, as funções do Estado foram redefinidas, no sentido de propor e implementar políticas sociais focalizadas em questões emergenciais desvinculadas de políticas públicas mais abrangentes²⁴.

Os programas de ajuste estrutural, com o objetivo de melhorar a situação econômica dos países que os executassem, causaram significativos e visíveis impactos no campo social, pois o crescimento econômico produzido a partir dessa política não resultou em benefício social, ao contrário, em razão da falência das incipientes políticas sociais, aumentou-se a pobreza e doenças infectocontagiosas, anteriormente controladas, ressurgiram²⁵. Enquanto existir um padrão de desenvolvimento calcado na lógica avassaladora do capital não será

²⁴ Para aprofundar a reflexão acerca das consequências do neoliberalismo e dos programas de ajuste estrutural para o setor social na América Latina ver: LAURELL, Asa Cristina (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002; SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

²⁵ Na obra *Globalização da pobreza: impacto das reformas do FMI e Banco Mundial*, de Michel Chossudovsky essa temática é discutida, revelando que a ordem financeira emergente nos anos de 1990, produzida mundialmente por instituições financeiras internacionais, se alimenta da pobreza e da destruição humana.

possível ao homem realizar plenamente suas necessidades, ou coexistir um modelo social onde a humanidade seja central.

A discussão produzida na II Conferência Mundial de Educação Médica apontou problemas que a área da medicina passou a enfrentar naquele contexto. A escassez de médicos com formação geral; a marcante minimização da prevenção das doenças na assistência à saúde e a queda do prestígio do médico como um guardião da saúde foram alguns dos desafios identificados como os mais complexos a serem considerados pela categoria.

Diante dos problemas identificados foram levantadas reflexões sobre qual seria a posição a ser tomada pelo conjunto de profissionais da medicina e pelas instituições de ensino superior para superar os desafios elencados. Desse processo derivaram as recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica, que de acordo com o documento final do evento, deveriam servir como base para guiar as ações nos diversos contextos, seja local, regional ou nacional.

As recomendações tratavam de orientar os gestores das políticas de saúde e os envolvidos com a formação escolar dos profissionais da área, para efetivar os seguintes pontos: 1) realização de parceria entre educação médica e sistema de atenção à saúde; 2) investimentos dos países no planejamento nacional de políticas destinadas aos recursos humanos da saúde; 3) desenvolvimento de sistemas de saúde igualitários, eficazes e sustentáveis; 4) formulação de políticas com base na realidade econômica e epidemiológica do país, com atenção voltada para estimular o “status” do médico de atenção primária à saúde; 5) promover o estudo e o ensino para preparar profissionais para enfrentarem a transição epidemiológica; 6) Ampliação e aprofundamento dos aspectos de prevenção, ética, ciências sociais, promoção da saúde, comunicação, direitos humanos, para que os estudantes acompanhem ativamente os pacientes ambulatoriais portadores de AIDS e/ou outras doenças crônicas, através dos vários estágios das doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994).

Além dessas questões, a II Conferência Mundial de Educação Médica apontou algumas “Respostas educacionais” a serem encaminhadas como possibilidade para enfrentar os principais problemas elencados, sendo elas:

- Definição por parte das instituições formadoras da missão educacional que reforce a formação geral do médico e a atenção às necessidades locais de saúde;
- Estabelecimento de procedimentos de seleção para admissão nas escolas médicas baseados nas características acadêmicas e intelectuais além das qualidades não cognitivas necessárias aos futuros alunos;

- Instituição de programas para melhorar a competência pedagógica e a capacidade de comunicação do corpo docente;
- Promover o envolvimento de estudantes no planejamento e avaliação da educação médica;
- Incentivar a utilização de métodos de aprendizagem que fossem centrados no aluno;
- Revisão dos currículos, visando por um lado superar a sobrecarga de informação e por outro a implementação de currículo mínimo sequenciado e suplementado com módulos especiais com a promoção da autoaprendizagem.

As recomendações das duas Conferências Mundiais de Educação Médica, de 1988 e de 1993, se complementam e reforçam a lógica que vinha sendo construída de que a atuação dos profissionais de medicina deveria preferencialmente, centrar-se na Atenção Primária em Saúde; as escolas deveriam reformar seus currículos para ofertar uma formação generalista, enfatizando os aspectos da promoção da saúde e a prevenção de doenças; além de adotarem metodologias de ensino respaldadas na aprendizagem ativa e centradas no interesse dos alunos.

Cabe destacar que a II Conferência Mundial de Educação Médica, apresenta de forma mais explícita pressupostos pedagógicos que claramente tem suas raízes nas metodologias ativas de caráter não diretivo, tais como a “aprendizagem centrada no aluno” e a “autoaprendizagem”.

A capacitação pedagógica dos docentes da área da medicina apareceu, nas recomendações dos eventos, como uma das medidas para enfrentar os entraves da formação e também como possibilidade de promover outra prática formativa que fosse ancorada em princípios pedagógicos ativos.

2.5 Sentidos da Formação Generalista em Saúde

A discussão da necessidade de viabilizar a formação generalista dos profissionais da medicina não é recente, contudo, o debate ganhou maior proporção com a realização das Conferências Mundiais de Educação Médica, de 1988 e 1993.

Os argumentos que apontam a formação generalista como necessária partem, inicialmente, da crítica à formação profissional respaldada nos preceitos flexnerianos,

emanados do Relatório que Abraham Flexner²⁶ produziu no início do século XX. Tais preceitos tinham como base conceitual o modelo biomédico, centrado na perspectiva biológica do processo saúde-doença; tendo a formação laboratorial no ciclo básico e a formação clínica em hospitais; além de reforçar a disciplinaridade, que por sua vez valorizava a especialização na formação em saúde levando à segmentação da atuação assistencial (FERREIRA, 2006).

A publicação do emblemático “Relatório Flexner” foi um evento de grande importância para o processo de formação escolar na área da saúde e de forma mais pontual para a medicina, pois com esse documento as instituições formadoras norte-americanas vivenciaram transformações em suas estruturas e no processo de ensino. O qual se estendeu a outros campos de conhecimento e consolidou a estrutura curricular que predominou na formação universitária dos países industrializados (ALMEIDA FILHO, 2010).

A origem do Relatório Flexner situa-se em 1908, quando Flexner foi convidado por Henry S. Pritchett, presidente da Carnegie Foundation for Advancement of Teaching²⁷ para realizar avaliação da educação superior médica nos Estados Unidos.

Em 1907, Flexner escreveu um livro em que fez a crítica ao sistema educativo norte-americano: *The American College: a criticism*²⁸, o qual foi publicado em 1908, mesmo ano em que retorna aos EUA e assume a tarefa de avaliar a educação médica nesse país e no Canadá (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O objetivo do estudo de Flexner foi avaliar a qualidade das escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, considerando os critérios de admissão dos alunos; quantidade e formação do corpo docente; aspecto financeiro das instituições, principalmente o orçamento; condições físicas das instituições, focando a atenção quanto à qualidade e adequação dos laboratórios, além de buscar identificar a relação da escola com os hospitais (BOLETIM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2010).

A estratégia utilizada por Flexner para realizar a avaliação foi a visita pessoal às escolas médicas, que naquele momento eram 160 escolas, das quais foram consideradas 155

²⁶ Abraham Flexner (1866-1959) nasceu em Louisville, Kentucky, era filho de pais judeus alemães que imigraram para os Estados Unidos em 1853. Graduiu-se em Estudos Clássicos na Universidade Johns Hopkins, ministrou aulas em escolas preparatórias para o ensino universitário. Foi um educador eminente, não um médico como muitas vezes é nominado, que dedicou a maior parte de seu trabalho ao estudo da educação médica norte-americana. Possuía sua própria escola, fundada em 1890 e fechada em 1905, um ano antes de mudar-se com a família para a Europa, fixando-se em Berlim (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; TOMEY, 2002).

²⁷ Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, foi criada por Andrew Carnegie em 1905 e reconhecida em 1906 por um ato do Congresso Americano. A Fundação tornou-se um centro de pesquisa que influenciou todos os níveis de ensino nos Estados Unidos e no exterior (BOLETIM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2010).

²⁸ “A Educação Superior Americana: uma crítica” (tradução nossa).

no estudo. O processo de avaliação ocorreu em 180 dias. O referido procedimento foi destacado por Hiatt (1999, apud Pagliosa; Da Ros, 2008) da autobiografia de Flexner, quando o mesmo descreveu a forma em que realizou o estudo: “Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 494).

Cabe destacar que a metodologia utilizada por Flexner para avaliar as escolas, foi historicamente questionada. Segundo Pagliosa; Da Ros (2008), o processo de avaliação caracterizou-se por uma vistoria aos laboratórios, em poucas horas, sem a padronização de instrumentos de coleta de dados e uma avaliação feita por um único especialista.

O Relatório Flexner, intitulado: “Medical education in the United States and Canadá”²⁹, foi publicado em 1910 divulgando as informações em duas partes, sendo que a primeira apresentou 25 capítulos, que entre outras informações abordou a história geral da medicina; a base adequada e a base real para a educação médica; a proposta de um curso do estudo; os aspectos financeiros da educação médica; a pós-graduação, a educação médica dos negros e a educação médica das mulheres. A segunda parte do relatório detalhou as informações coletadas nas visitas junto às escolas de medicina, considerando a população atendida, requisitos de entrada, corpo docente, recursos disponíveis para manutenção, instalações laboratoriais, instalações clínicas, além de fazer breves considerações sobre as instituições avaliadas (FLEXNER, 1910).

O resultado do estudo divulgado pelo relatório foi impactante, pois Flexner concluiu que apenas 31 escolas tinham condições de funcionamento. Os motivos que reforçaram as conclusões do relatório relacionavam-se às condições apresentadas pela maioria das escolas: falta de preparo prévio dos alunos admitidos; falta de laboratórios e de relação entre formação científica e trabalho clínico, a inexistência de controle dos professores sobre os hospitais universitários e a falta de padronização dos currículos da formação médica, outro elemento fortemente criticado por Flexner foi a comercialização do ensino (BOLETIM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2010).

Como consequência do estudo, no período de 1910-1922, nos Estados Unidos houve o fechamento de escolas médicas, de 131 escolas passou-se para o funcionamento de 81. As 7 escolas médicas para negros foram fechadas, bem como, as 3 escolas médicas para mulheres (BOLETIM DA FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2010).

²⁹ “Educação médica nos Estados Unidos e Canadá” (tradução nossa)

Dentre as escolas superiores de medicina a que recebeu destaque foi a Johns Hopkins considerada como a escola modelo de educação médica nos Estados Unidos. As recomendações do Relatório Flexner foram inspiradas nos critérios de organização e funcionamento dessa instituição escolar.

Se afirma que Flexner consideró a la Escuela de Medicina de Johns Hopkins, creada en 1883, como un protótipo en este sentido por ser la primera en contar con una política institucional que basada la educación médica en la investigación científica³⁰ (TOMEY, 2002, p. 160).

O Relatório de Flexner apontou três estágios característicos que podiam ser percebidos na trajetória da educação médica. O primeiro foi o do dogma, período que abrangeu um longo tempo, desde Hipócrates até o século XVI, quando da emergência da anatomia, a partir daí passou a configurar o período denominado de empírico, e por último o estágio da ciência moderna. A qual o autor afirmou que oferecia as bases essenciais da medicina na atualidade (FLEXNER, 1910).

Flexner entendia a medicina enquanto ciência, a qual deveria possuir uma análise rigorosa da experiência, apoiada em fundamentos científicos, principalmente das ciências físicas, químicas e da biologia, e livre de dogmatismos.

Two circumstances have mediated the transformation from empirical to scientific medicine: the development of physics, chemistry, and biology; the elaboration out of them of a method just as applicable to practice as to research. The essential dependence of modern medicine on the physical and biological sciences, already adverted to, will hereafter become increasingly obvious in the wealth of the curricula based upon them, and no less in the poverty of those constructed without them [...] ³¹ (FLEXNER, 1910, p. 53).

As recomendações para que se garantisse uma formação médica de qualidade foram resumidas por Flexner nos seguintes pontos: 1) a admissão às escolas médicas deveria ser feita após a obtenção de diplomas de escola secundária e no mínimo de 2 anos de estudos universitários; 2) o curso médico deveria ter a duração de 4 anos tendo seu conteúdo definido pelo conselho de educação médica; 3) as escolas privadas de medicina deveriam ser fechadas

³⁰ Afirma-se que Flexner considerava a Faculdade de Medicina da Johns Hopkins, fundada em 1883, como um modelo nesta matéria por ser a primeira a apresentar uma política institucional que baseava a educação médica na pesquisa científica (TOMEY, 2002, p. 160, tradução nossa).

³¹ Duas circunstâncias têm mediado a transformação da medicina empírica para a científica: o desenvolvimento da física, química e biologia; a elaboração de um método aplicável à prática como à investigação. A dependência da medicina moderna às ciências físicas e biológicas, já advertida, vai se tornar cada vez mais evidente pela riqueza dos currículos nelas baseados, e menos na pobreza daqueles construídos sem elas [...] (FLEXNER, 1910, p. 53, tradução nossa).

ou incorporadas às universidades existentes; 4) os professores clínicos deveriam ser nomeados em tempo integral; 5) o ensino teria que vincular-se à pesquisa; 6) o controle do exercício profissional deveria ser feito pela corporação médica (BOLETIM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, 2010).

Dessa forma, o processo de formação escolar dos profissionais deveria focar princípios pedagógicos modernos em que a atividade dos estudantes seria um ponto estratégico. Considerava-se que a medicina, como parte integrante da ciência moderna deveria construir uma postura profissional respaldada em conhecimentos obtidos de diversas formas, sendo os fatos, apurados pela experiência, utilizados provisoriamente para definir a ação.

On the pedagogic side, modern medicine, like all scientific teaching, is characterized by activity. The student no longer merely watches, listens, memorizes; he does. His own activities in the laboratory and in the clinic are the main factors in his instruction and discipline. An education in medicine nowadays involves both learning and learning how; the student cannot effectively know, unless he knows how³² (FLEXNER, 1910, p. 53).

As análises que tecem críticas contundentes ao Relatório Flexner afirmam que o modelo de formação proposto reforça uma prática profissional desumana centrada na tecnologia, com pouca responsabilidade social, focando a formação nos campos das ciências biológicas e físicas, desconsiderando outros campos do conhecimento, enfatizando uma formação hiperespecializada. Apesar disso, há análises que sugerem que as críticas direcionadas à Flexner não levam em conta o contexto em que o mesmo produziu sua avaliação e sugestões à formação médica³³ (TOMEY, 2002).

Ao aprofundar a leitura do Relatório Flexner percebe-se que as proposições pedagógicas do referido educador indicam pressupostos que até hoje são anunciados como inovadores, quais sejam: a aprendizagem ativa, o aprender a aprender, a atividade do aluno como eixo do processo de ensino-aprendizagem.

Ao contextualizar a obra de Flexner é possível indicar que sua proposta estava adequada ao seu tempo, além de ser avançada, pois possibilitou a organização da formação em saúde em bases científicas, sendo a Universidade o espaço privilegiado para tal; o avanço

³² Na parte pedagógica, a medicina moderna, como todo o ensino científico, é caracterizada pela atividade. O estudante não mais registra, escuta, memoriza; ele faz. Suas próprias atividades no laboratório e na clínica são os principais fatores em sua instrução e disciplina. Uma educação na medicina nos dias de hoje envolve o aprender a aprender; o aluno não pode efetivamente conhecer, a menos que saiba como (FLEXNER, 1910, p. 53, tradução nossa).

³³ Dentre as análises que discutem o contexto em que Flexner produziu sua obra, os limites e possibilidades das indicações do Relatório para a formação médica estão: ALMEIDA FILHO (2010); FERREIRA (2006); KEMP; EDLER (2004); PAGLIOSA; DA ROS, (2008); TOMEY (2002).

nas pesquisas das especialidades contribuiu para a superação das deficiências teóricas e práticas no campo do diagnóstico e da terapêutica. Por outro lado, as recomendações explicitadas no Relatório inibiram a proliferação de escolas que ofertavam uma formação caótica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; ALMEIDA FILHO, 2010).

O Relatório Flexner é produto de posições políticas datadas e que revelam contradições que só podem ser entendidas a partir de uma análise de conjunto. Flexner se aliou ao movimento que combatia o amadorismo da prática médica, expresso pela falta de base científica; defendeu uma medicina moderna, amparada nas descobertas e princípios científicos desenvolvidos na segunda metade do século XIX³⁴; denunciou a proliferação de escolas médicas sem as devidas padronizações e propôs a integração das faculdades de medicina à universidade, enquanto espaço privilegiado de produção científica.

Por outro lado as possíveis distorções, provocadas na prática profissional, decorrentes desse documento não devem ser vistas como mero reflexo das recomendações ali expostas, mas também como resposta interessada dos sujeitos que produziram as ações em saúde.

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal – desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495).

Segundo Tomey (2002), possivelmente o erro mais grave cometido por Flexner foi considerar que todas as dificuldades encontradas nos serviços voltados aos cuidados em saúde poderiam ser resolvidas por meio da melhoria da educação médica. Concepção que recorrentemente é recolocada nas discussões atuais sobre formação em saúde, em que a educação/formação seria a “tábua” de salvação para os problemas de saúde.

Dessa forma, o movimento de reação aos pressupostos flexnerianos centram-se fundamentalmente na defesa de outra abordagem na formação. A formação generalista, com aporte na Integração Docente-Assistencial e em pressupostos pedagógicos ativos passaria a

³⁴ As décadas finais do século XIX foram ricas em estudos científicos ligados à descoberta de organismos patogênicos como, a hanseníase, a tuberculose, o tétano, a malária, bem como o desenvolvimento do método antisséptico. Para aprofundar o tema acerca do desenvolvimento científico no campo da saúde nos momentos finais do século XIX e início do século XX, ver o texto: *A era bacteriológica e suas consequências (1875-1950)*, apresentado na obra de Rosen (1994).

ser desejada e adequada para encaminhar uma prática profissional preventiva tendo o foco na Atenção Primária em Saúde.

Ao recuperar os principais eventos que pautaram a reflexão da formação profissional em saúde, evidenciou-se que a medicina, dentre as demais categorias profissionais que compõem o campo da saúde, foi a que mais se destacou na produção de novos discursos acerca da necessidade de reorientar a formação escolar. Uma das orientações recorrentemente indicada, transformada em discurso unânime, referia-se à necessidade das instituições de ensino reformar currículos e adotar princípios pedagógicos alternativos aos considerados tradicionais e incompatíveis com uma formação mais crítica na saúde.

Cabe destacar, que o discurso acerca da necessidade de revisão dos mecanismos de formação, produzido pela medicina, não se limitou à formação específica da categoria, se espalhou, ganhou força nos países periféricos e foi sendo consensualmente assumido por instituições e órgãos governamentais. Tudo leva a crer que esse movimento demonstra a hegemonia que a medicina possui no campo da saúde, seja na oferta de ideias acerca de modelos de formação ou mesmo, na organização de modelos de atenção à saúde.

A hegemonia da medicina é resultado do processo histórico, das transformações ocorridas no campo da assistência à saúde. A medicina se firmou enquanto profissão de destaque, na divisão do trabalho em saúde quando se tornou proprietária das condições de conhecer, manipular e restaurar o objeto do seu trabalho, ou seja, fazer o diagnóstico e a terapêutica, garantindo assim a autonomia, atributo central para designar qualquer profissão.

Segundo Almeida e Rocha (1997), na área da saúde, a medicina, com a exceção da odontologia, é a única profissão que possui a autonomia na sua plenitude, pois detém a autoridade do conhecimento específico, da formação médica, do código de ética e do domínio na divisão do trabalho em saúde.

Historicamente a medicina sempre foi uma profissão valorizada socialmente. No Brasil, desde o período Imperial (1822-1889), a medicina, juntamente com o direito e a engenharia, ganhou destaque de carreira de prestígio ao ocupar o topo de importância na questão de escolaridade e reconhecimento econômico³⁵. O Império produziu, segundo Xavier, Ribeiro e Noronha (1994) uma “nobreza escolar”, pois a educação era restrita à elite, sendo que em 1888 somente 1,8% da população tinha acesso ao ensino ofertado em escolas primárias.

³⁵ Reconhecimento econômico de uma profissão ocorre quando a sociedade considera que aquela atividade é necessária e aceita pagar por ela um valor que permita o sujeito que a exerce, satisfazer suas necessidades e viver adequadamente daquela profissão (RAMOS, 2007).

De acordo com Cunha (1986) para as lideranças políticas do Brasil Império, ligadas aos ideais liberais, o desenvolvimento do ensino universitário era fundamental, mesmo sendo precário e insuficiente o ensino elementar. A ideia era de que a universidade teria a função de formar uma elite intelectual para os quadros políticos, técnicos e administrativos do Estado.

Os sujeitos que ingressavam nos cursos superiores constituíam-se em uma parcela ínfima da população, representada pelos filhos das classes abastadas, que buscavam um título para reafirmar sua posição social. Nesse sentido, o ensino médico foi destinado a formar uma elite profissional para atender uma elite econômica (WEREBE, 1985).

Essas marcas históricas ajudam a entender como o processo que possibilitou à medicina conquistar a autonomia profissional, expressa pelo monopólio do médico sobre o cuidado à saúde. A autonomia profissional é resultado das condições de formação e de atuação profissional que permitiram que o médico se destacasse na divisão do trabalho. De acordo com Schoeller (2005), a medicina, nas sociedades cujas relações sociais são capitalistas, segue a lógica dominante. A medicina moderna³⁶ reforçou a divisão do trabalho e a hierarquização no campo da assistência à saúde.

Ao realizarem o trabalho em saúde, os diversos trabalhadores envolvidos no processo travam relações conflitantes entre si, na medida em que a hierarquização desse trabalho pressupõe profissões hegemônicas e profissões subalternas, profissionais mais e menos essenciais, mais ou menos importantes (SCHOELLER, 2005, p. 157).

A finalidade de prestar assistência à saúde seja na prevenção ou na cura de doenças, compõe o ato médico. Ato definido como unificador do processo de trabalho em saúde, ato que pressupõe a atuação de diversas profissões em saúde, as quais coletivamente se configuram em modos particulares aos objetivos do processo de trabalho em saúde (SCHOELLER, 2005). Porém, cada profissão se apropria e recria a finalidade do trabalho em saúde reforçando nesse processo relações de cooperação, subordinação, hierarquia e subalternidade de uma profissão sobre outra no mesmo campo de atuação profissional.

[...] a visão hegemônica na Medicina moderna é a de cura e/ou prevenir doenças, cujo profissional mais habilitado a intervir sob esse enfoque, pautado na anatomia patológica, é o profissional médico e que, em decorrência disso, os outros profissionais gravitam em torno deste para

³⁶ Medicina Moderna pode ser entendida como aquela prática que se respalda em princípios científicos ligados a disciplinas que permitam a manipulação do corpo de forma individualizada, na qual a atuação do médico centra-se na cura e no estudo das doenças (SCHOELLER, 2005).

melhor possibilitar a cura e a prevenção das doenças (SCHOELLER, 2005, 2005, p. 158).

As considerações feitas acerca da hegemonia da medicina no campo da saúde, não tiveram a pretensão de esgotar a discussão da temática, mas trazer alguns elementos que possam ajudar a elucidar os motivos que reforçam a influência que a medicina possui quanto à definição de padrões e práticas assistenciais e de concepções quanto ao processo de formação em saúde.

Outra questão a ser destacada refere-se à evidência de que discussão e a proposição de novos pressupostos para a formação de graduação dos profissionais da saúde, seja dos aspectos teóricos ou metodológicos, é perpassada pelas concepções dos modelos de assistência a saúde, como foi o caso do movimento da Medicina Preventiva. A proposição da Medicina Preventiva, enquanto movimento reorientador da prática dos profissionais em saúde, influenciou a discussão da reorientação da formação, na revisão dos aspectos teóricos e pedagógicos.

Os pressupostos pedagógicos expressos pela ideia da aprendizagem ativa, aprendizagem significativa, aprender a aprender, aprender fazendo, emergiram nos principais eventos destacados como propostas alternativas ao modelo convencional de formação, pressupostos esses que, na atualidade, são recolocados como possibilidade de inovação da formação em saúde. Cabe registrar, que as recomendações, acerca da adoção de tais pressupostos pedagógicos não explicitaram os fundamentos teóricos que embasavam os mesmos, ao que parece, foram sugeridos como “prescrições pedagógicas” sem vínculo com determinada concepção filosófica de educação e de sociedade.

Outro dado constatado no processo de pesquisa foi a influência significativa que organismos e agências internacionais³⁷ exerceram nas discussões sobre a formação dos profissionais de saúde. Mattos (2001), ao refletir sobre a atuação de agências internacionais no processo de formulação de políticas ligadas a área da saúde no Brasil, aponta que dentre as diversas formas de atuação dessas agências a que mais se manifesta é a oferta de ideias, sejam elas precedidas de debates coletivos ou emanadas de um âmbito restrito.

³⁷ Segundo Mattos (2001) uma agência internacional é constituída por meio de um acordo entre vários governos nacionais, assegurando a participação desses na sustentação financeira e política da agência. As agências internacionais integram os dispositivos de reprodução da ordem mundial, contudo, não significa que tais agências sejam sempre os principais meios de sustentação de certa ordem mundial, nem que sua atuação possa ser considerada como sendo o puro reflexo dos interesses dos governos nacionais hegemônicos numa certa conjuntura.

Ianni (1974), ao discutir a problemática das relações de poder nos países latino-americanos indica que historicamente as organizações internacionais, vinculadas aos países centrais, fundamentalmente aos Estados Unidos foram instrumentos eficientes de atuação nos assuntos econômicos, políticos, militares e culturais internos dos países do hemisfério, colaborando muitas vezes para despolitizar as controvérsias e contradições próprias das relações de dominação de um país sobre o outro.

A advertência de Ianni (1974), quanto a uma das facetas das organizações internacionais deve ser considerada. Contudo, a relação entre oferta de ideias e a materialização das mesmas nas realidades locais dos países se dá por um processo de adesão deliberada desses últimos. A incorporação de ideias externas pode ser explicada pela falta de debate dos problemas locais ou pela oferta de recursos financeiros que, nos últimos anos tem respaldado a incorporação das recomendações das diferentes agências internacionais nas políticas específicas dos países periféricos.

De todas as considerações, após a análise dos dados sistematizados até o momento na pesquisa, a que parece mais singular é a constatação de que, apesar do consenso estabelecido que aponta o modelo de graduação proposto por Flexner como massificador, individualizante e pouco crítico, o autor em questão, de forma incipiente, indicou a necessidade da medicina adotar pressupostos pedagógicos considerados inovadores.

Flexner explicitou em seu relatório que o exercício prático pelo aluno, sem orientação intransigente seria o eixo do processo de aprendizagem da medicina. Para o autor: “[...] He does not have to be a passive learner, just because it is too early for him to be an original explorer. He can actively master and securely fix scientific technique and method in the process of acquiring the already known”³⁸ (FLEXNER, 1910, p. 57).

Indicou ainda que os métodos de ensino usuais nas escolas de medicina deveriam ser revistos, no sentido de superar aulas expositivas, valorizando o exercício prático e o acúmulo de experiências sensoriais pelo aluno para que o mesmo pudesse proceder suas próprias conclusões.

In methods of instruction there is, once more, nothing to distinguish medical from other sciences. Out-and-out didactic treatment is hopelessly antiquated; it belongs to an age of accepted dogma or supposedly complete information, when the professor “knew” and the students “learned”. The lecture indeed continues of limited use. It may be employed in beginning a subject to orient

³⁸ [...] Ele não tem que ser um aluno passivo, só porque é muito cedo para ele ser um explorador inicial. Ele pode dominar ativamente e de forma segura corrigir técnica e método científico no processo de aquisição do já conhecido (FLEXNER, 1910, p. 55, tradução nossa).

the student, to indicate relations, to forecast a line of study in its practical bearings [...] They are not, in the first place, a substitute for sense experience, but they may well guide and fill out the student's laboratory findings³⁹ (FLEXNER, 1910, p. 60-61).

O estudo dos documentos originais, devidamente relacionados aos seus contextos históricos permitiu a construção de um quadro analítico que deu suporte, não só para entender o passado, os movimentos precedentes ao movimento atual de reorientação da formação em saúde, mas explicitar em que medida os reflexos desses movimentos influenciam as proposições atuais.

³⁹ Nos métodos de ensino existentes, mais uma vez, não se distingue medicina de outras ciências. O completo tratamento didático está irremediavelmente antiquado, pertence a uma era de dogma aceito ou informação supostamente completa, quando o professor "sabia" e os alunos "aprendiam". As aulas de fato continuam de uso limitado. Podem ser empregadas para iniciar um tema para orientar o aluno, para indicar as relações, prever uma linha de estudo em seus aspectos práticos [...] Elas não são, em primeiro lugar, um substituto para a experiência sensorial, mas podem muito bem orientar e complementar as conclusões do estudante de laboratório (FLEXNER, 1910, p. 60- 61, tradução nossa).

3 MUDANÇAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: INICIATIVAS EM TERRITÓRIO NACIONAL

O objetivo central da presente seção é identificar em que medida os pressupostos do movimento mundial de reforma do ensino em saúde, que historicamente têm influenciado diversas experiências formativas, reverberaram nas propostas oficiais de mudanças na formação em saúde no Brasil. Buscou-se perceber as particularidades do Ministério da Saúde quanto à adesão/incorporação teórica aos pressupostos pedagógicos considerados inovadores na área, visando identificar as principais recomendações e decisões do respectivo órgão governamental quanto às propostas formativas.

A referida discussão se respaldou em dados coletados em fontes primárias, expressas em documentos oficiais de entidades ligadas ao campo da formação em medicina e em saúde, bem como, em normas, pareceres, portarias, leis, fundamentalmente do governo federal que, durante os últimos anos, propuseram mudanças no campo da formação em saúde.

Ao organizar os dados, com o intuito de identificar iniciativas nacionais quanto à mudança de foco na formação profissional em saúde, emergiu a “olhos nus” a atuação da Fundação Kellogg no campo. Na América Latina a referida entidade, como já indicado na primeira seção do trabalho, se destacou na oferta de ideias e recursos financeiros destinados à redefinição das diretrizes da formação dos profissionais que atuam na saúde. Em solo nacional a Fundação durante as últimas décadas, também, teve expressiva influência em distintos momentos, portanto, conhecer as principais características dessa instituição é um dado fundamental para aprofundar a análise que se pretende realizar.

A Fundação Kellogg é uma organização norte-americana e de acordo com informações divulgadas no seu site¹, a mesma foi criada em 1930, por Will Keith Kellogg (1860-1951), pioneiro na fabricação de cereais matinais. Durante toda a sua vida, o empresário teria doado US\$ 66 milhões em ações de sua companhia de cereais, com o objetivo de “ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas”.

Durante a década de 1930, a Fundação Kellogg trabalhou com a realidade local da cidade sede da entidade, Bathe Creek, Michigan. A maioria dos primeiros projetos da entidade girava em torno do “Michigan Community Health Project”, projeto voltado para a

¹ FUNDAÇÃO KELLOGG. **Nossa história**. Disponível em: <<http://www.wkkf.org>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

educação e saúde pública nas comunidades rurais da localidade, onde escolas com apenas uma sala de aula eram a realidade.

No decorrer dos primeiros anos da II Guerra Mundial, a Fundação expandiu suas doações para além do Estado de Michigan e dos Estados Unidos. Mais de 450 bolsas de estudos foram concedidas a profissionais da área da saúde na América Latina, fato que marcou a relação da Fundação com países do hemisfério sul.

A finalidade dos projetos, destinado a qualificar médicos, enfermeiras e professores da América Latina, estava ligada a ideia de que esses profissionais pudessem aplicar seus conhecimentos adquiridos nos Estados Unidos, para melhorar a qualidade de vida em seus países de origem.

Desde o início da atuação da Fundação Kellogg na América Latina, em 1941, a entidade teve por uma de suas prioridades programáticas o desenvolvimento das profissões ligadas à área da saúde, a qual destinou significativa atenção por meio de financiamento a projetos específicos que atendessem a essa prioridade (KISIL; CHAVES, 1994).

Dentre as principais iniciativas da Fundação Kellogg, juntamente com outras organizações como a OPAS e a OMS, no campo da formação dos profissionais de saúde na América Latina e, conseqüentemente no Brasil, destacam-se o apoio à criação dos departamentos de Medicina Preventiva, sugestão do movimento mundial de educação médica, expressa nos seminários sobre ensino de medicina preventiva, organizados pela OPAS em Vinã del Mar, em 1956 e Tehuacán em 1957; apoio à implantação do primeiro curso de odontologia em saúde pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; incentivo aos Projetos de Integração Docente-Assistencial; apoio ao Projeto EMA- Educação Médica nas Américas, discutido no capítulo anterior; a criação do CLATES - Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, no Rio de Janeiro e, na década de 1990, o desenvolvimento do Programa UNI: Uma Nova Iniciativa em Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade.

É importante destacar que o início da atuação da Fundação Kellogg na América Latina teve apoio significativo do governo dos Estados Unidos, pois um bom relacionamento com os países periféricos era uma de suas prioridades. Segundo documento da Fundação Kellogg (1986), o Departamento de Estado Americano entendia como positiva a contribuição da Fundação junto ao povo latino americano, principalmente na área da assistência à saúde.

O auxílio da Fundação Kellogg à América Latina, apesar de possuir um tom mais filantrópico, seguiu a mesma lógica de outras organizações internacionais que, a partir da década de 1940, destinaram mecanismos de cooperação técnica internacional aos países

periféricos. A assistência técnica e a ajuda financeira oferecida pelas organizações internacionais, historicamente, desempenharam o papel de difusoras de valores, normas e conhecimentos que correspondem ao campo ideológico das nações de origem (IANNI, 1976; PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

No Brasil a Fundação difundiu a ideia da necessidade de mudança de paradigma na formação profissional em saúde e produziu consensos ao financiar projetos específicos, ligados a universidades de destaque nacional, que buscassem reformas curriculares e que alterassem os pressupostos pedagógicos, no sentido de aderirem às metodologias ativas. Dentre as instituições de ensino a Universidade Estadual de Londrina (UEL), a Faculdade de Medicina da Unesp, campus Botucatu, a Faculdade de Medicina da Marília (Famema), podem ser consideradas exemplos emblemáticos, pois desde o início da década de 1990 vem desenvolvendo projetos voltados a reorientação da formação profissional em saúde.

O papel de direção política desempenhado pela Fundação Kellogg no Brasil, nos últimos anos, tem se destacado, pois ao financiar diversos projetos nacionais tem divulgado pressupostos teórico-metodológicos pactuados internacionalmente e consensos que acabaram sendo incorporados nas políticas e programas oficiais destinados à formação profissional em saúde.

3.1 Iniciativas de Mudanças na Formação em Saúde

As muitas propostas e iniciativas de mudança da formação em saúde no Brasil estabeleceram alguma articulação teórica com os pressupostos anunciados em âmbito mundial pelo movimento que, desde a década de 1950, colocou como questão central a reorientação da formação dos profissionais da área.

No Brasil, a partir de década de 1970, é possível perceber a emergência, mais institucionalizada, de propostas e projetos que já anunciavam a necessidade de readequação curricular, de mudança de pressupostos teórico-metodológicos com vistas a alterar a formação superior oferecida aos profissionais da saúde.

Dentre as várias propostas formativas divulgadas em solo nacional serão destacadas, nesta seção, as que de uma forma ou de outra divulgaram os pressupostos pedagógicos considerados inovadores e mais avançados para a formação em saúde.

Os dados apresentados a seguir tomaram por base documentos oficiais que publicaram e divulgaram os objetivos e encaminhamentos das iniciativas de reorientação na formação escolar dos profissionais de saúde.

3.1.1 Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde – CLATES: divulgação de pressupostos para a reorientação da formação em saúde no Brasil.

O movimento mundial, de 1950 em diante, dedicou-se a discutir a formação dos profissionais da saúde, registrando em diferentes reuniões, seminários e congressos que deveriam ser repensados o currículo e as metodologias de ensino que conduziam a formação escolar dos profissionais da área. Assim sendo, seria necessária a capacitação docente quanto à apropriação de novas metodologias de ensino e recursos instrucionais adequados a serem empregados nos processos educativos em saúde.

No Brasil, diversos esforços foram envidados na construção da possibilidade de colaborar com a alteração do processo de formação em saúde, a criação do CLATES, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, pode ser identificado como uma iniciativa significativa nesse sentido. O referido Centro foi criado em 22 de setembro de 1972, por meio de um convênio firmado entre a OPAS, o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento, junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como a possibilidade da aplicação do conhecimento científico ao processo de ensino aprendizagem por meio de recursos tecnológicos, a fim de facilitar a instrução com o uso de métodos e meios educativos novos.

A proposta inicial era a criação de um Centro que colaborasse:

[...] no solo en cuanto a su contenido educativo, desarrollo curricular, metodología y evaluación sino también en relación al rol que deberían ejercer en el campo de la investigación y actividades de servicio directo, tanto de asesoría como en la producción de materiales instruccionales² (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983, p. 3).

² [...] não só em termos de conteúdo educacional, desenvolvimento de currículo, metodologia e avaliação, mas também em relação ao papel que deve exercer no campo da pesquisa e atividades de serviços diretos, tanto de consultoria como na produção de materiais didáticos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983, p. 3, tradução nossa).

Além do CLATES criado no Rio de Janeiro, foi instituído, em 1973, outro centro no México e ambos tiveram papel de destaque no desenvolvimento de uma nova pedagogia, amparada na ideia da instrução assistida por computador, a ser adotada pelas instituições de ensino superior da área da saúde (CHAVES, KISIL, 1999).

O CLATES, no Brasil, integrou a estrutura do NUTES, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, órgão ligado à UFRJ, fundado em 13 de julho de 1972³. Segundo Pires-Alves (2011), a criação do CLATES/NUTES pode ser entendida como parte das estratégias operacionais e das políticas regionais da OPAS, ligadas à educação médica e à formação de recursos humanos em saúde, que visavam a divulgação de uma teoria de formação escolar destinada à área da saúde, denominada de Pedagogia Médica, bem como de tecnologias educacionais em saúde.

A Pedagogia Médica configurou-se como um movimento que partiu das avaliações realizadas, na década de 1950, sobre a formação dos profissionais de saúde, em seminários, congressos, conferências, organizadas pela OPAS e como uma estratégia para efetivar a reforma da educação no setor da saúde, centralmente pela incorporação de novos métodos e meios de ensino na formação dos profissionais da área (PIRES-ALVES, 2011).

Edward Mervin Bridge, professor de Farmacologia e Fisiologia, da Escola de Medicina da Universidade do Estado de Nova York em Buffalo e consultor em educação da OPAS tornou-se, na década de 1960, a referência quanto à Pedagogia Médica norte-americana. O livro *Pedagogía Médica*, de autoria desse professor foi traduzido, em 1965, e divulgado junto às escolas latino-americanas ligadas à área da saúde, como uma produção técnica da OPAS.

O livro, segundo palavras do autor, não se tratava de um compêndio repleto de instruções para os professores de medicina sobre atividades docentes. Destinava-se a explicar as então recentes teorias de ensino, visando levar os professores, que gostavam de trabalhar com seus alunos, a melhorarem suas habilidades como docentes de medicina (BRIDGE, 1965).

A *Pedagogia Médica*, expressa nas 336 páginas do livro de Bridge, constituiu-se essencialmente em uma teoria que defendeu enfaticamente a formação pedagógica dos profissionais da medicina que se dedicavam à docência. O autor em diversas passagens do

³ Para aprofundar a compreensão acerca de detalhes sobre a relação entre o NUTES/CLATES ver: PIRES-ALVES, Fernando Antonio. **A cooperação interamericana em saúde na era do desenvolvimento: informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963-1983)**. 2011. Tese (doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011.

livro reforçou a necessidade dos professores buscarem a formação na área da educação, enquanto possibilidade de melhorarem a formação superior dos profissionais ligados à saúde.

Las aptitudes naturales, si están presentes, no bastan. Independientemente de si una persona es un gênio o simplemente un profesor común y corriente como usted y como yo, puede mejorar su habilidad y su actuación mediante el esfuerzo bien dirigido⁴ (BRIDGE, 1965, p. 223).

En el pasado, generalmente se ha dado por supuesto que cuando se es experto en bioquímica, obstetrícia, oftalmología o cualquier otra especialidade se es también, automáticamente, un buen maestro. Por fortuna, así es en muchos casos, pero la mayoría de nosotros, individuos no excepcionales, podemos realizar una labor más satisfactoria se tenemos la oportunidad de aprender algo de la ciencia de la pedagogia y observamos ejemplos de buena práctica docente⁵ (BRIDGE, 1965, p. 77).

A obra enfatizou que um bom professor de medicina seria aquele que possuísse condições para desenvolver o ensino tendo como foco o interesse do aluno, levando os estudantes a aprender a aprender, a aprenderem guiados pelos interesses e iniciativas pessoais.

El buen maestro desarrolla sus programas de enseñanza desde el nivel de interes y comprensión de los alumnos, y poco a poco avanza hacia aspectos cada vez más complicados⁶ (BRIDGE, 1965, p. 78)

Y para realizar las metas del aprendizaje, y aprender a aprender, el maestro tal vez necesite dedicar gran parte de su tiempo a una evaluación personal de cada estudiante. En alguna forma, debe encontrar la manera de ayudar a cada uno a adquirir el interés, la iniciativa, la confianza y la satisfacción que lo haga avanzar como un estudioso independiente⁷ (BRIDGE, 1965, p. 90).

Com relação ao processo de ensino, a obra, que serviu como referência para a divulgação da Pedagogia Médica na América Latina, enfatizou que a experiência vivenciada pelo aluno deveria ser o eixo condutor do processo de aprendizagem. A experiência sensorial

⁴ As habilidades naturais, se presentes, não são suficientes. Independentemente de saber se uma pessoa é um gênio ou apenas um professor comum e corrente como eu e você, pode melhorar a sua habilidade e seu desempenho mediante um esforço bem dirigido (BRIDGE, 1965, p. 223, tradução nossa).

⁵ No passado, geralmente tem se suposto que quando se é um perito em bioquímica, obstetrícia, oftalmología, ou qualquer especialidade se é também, automaticamente, bom professor. Por sorte, assim é em muitos casos, mas a maioria de nós, indivíduos não excepcionais, podemos realizar um trabalho com mais sucesso se tivermos a oportunidade de aprender algo sobre a ciência da pedagogia e observar exemplos de práticas de boa prática docente (BRIDGE, 1965, p. 77, tradução nossa).

⁶ O bom professor desenvolve seus programas de ensino a partir do nível de interesse e compreensão dos alunos, e gradualmente evolui para questões cada vez mais complexas (BRIDGE, 1965, p. 78, tradução nossa).

⁷ E para cumprir as metas de aprendizagem, e aprender a aprender, o professor pode precisar dedicar boa parte de seu tempo a uma avaliação pessoal de cada aluno. De alguma forma, deve encontrar uma maneira de ajudar a cada um a adquirir o interesse, a iniciativa, a confiança e a satisfação que faça avançar como um estudioso independente (BRIDGE, 1965, p. 90, tradução nossa).

do aluno como meio para apreensão do conteúdo escolar é um dos pressupostos centrais na Pedagogia Médica. O professor deveria criar estratégias pedagógicas ou desenvolver métodos de aprendizagem, baseados em sua experiência, para estimular os alunos a buscarem, por conta própria novas experiências, questão que pode ser percebida nos trechos que seguem:

La experiencia es lo importante: hacer, ver, oír, sentir y todo lo demás. Mientras más se acerca el estudiante a la medicina propiamente dicha, más estimulante es el trabajo. No se puede olvidar una experiencia auténtica o un paciente que se ha llegado a conocer íntimamente⁸ (BRIDGE, 1965, p. 42)

El estudiante debe decidir principalmente por si solo lo que ha de estudiar y en qué momento. Aprende especialmente practicando, compartiendo experiencias con sus compañeros de curso y recogiendo lo que puede de la experiencia de sus maestros⁹ (BRIDGE, 1965, p. 43)

No cabe duda de que el método más eficaz para aprender es el de vivir una experiencia personal intensa. Si cada estudiante de medicina pudiera pasar por la experiencia de tener su propio hijo y vivir los problemas del embarazo y del parto, cada uno aprendería bastante sobre obstetricia, incluso sin necesidad de un libro de texto. De ahí en adelante, el aprendizaje académico sería fácil y eficaz. Podría ser también provechoso que cada cirujano sufriera periódicamente una operación, que cada internista tomara ocasionalmente una dosis excesiva de digital, y que cada dermatólogo padeciera una enfermedad de la piel. Desgraciadamente, el terreno que podría abarcarse en esta forma sería limitado, ya que, si este procedimiento se llevara a su conclusión lógica, significaría no utilizar gran parte de los conocimientos acumulados por otras personas. No obstante, mientras más nos acerquen los métodos de enseñanza a una experiencia real, mayores son las probabilidades de que lo que se aprenda se grave de manera permanente y se incorpore a todos nuestros actos. El maestro dispone de muchos medios, directos o indirectos, de utilizar su experiencia, ya sea a través de clases, discusiones, en el laboratorio o en la sala del hospital, a fin de estimular debidamente el aprendizaje en sus estudiantes¹⁰ (BRIDGE, 1965, p. 106).

⁸ A experiência é importante: fazer, ver, ouvir, sentir e tudo mais. Quanto mais perto o aluno está da medicina propriamente dita, mais estimulante é o trabalho. Não se pode esquecer uma experiência autêntica ou um paciente que se conheceu intimamente (BRIDGE, 1965, p. 42, tradução nossa).

⁹ O aluno deve decidir, principalmente, por conta própria o que há de estudar e em que momento. Aprende especialmente praticando, compartilhando experiências com seus colegas de curso e recorrendo ao que pode da experiência de seus professores (BRIDGE, 1965, p. 43, tradução nossa).

¹⁰ Não há dúvida de que o método mais eficaz para aprender é viver uma intensa experiência pessoal. Se cada estudante de medicina pudesse passar pela experiência de ter o seu próprio filho e viver os problemas da gravidez e do parto, cada um aprenderia muito sobre obstetrícia, mesmo sem um livro didático. Daí em diante, o aprendizado acadêmico seria fácil e eficaz. Também poderia ser proveitoso que cada cirurgião periodicamente sofresse uma operação, que cada residente ocasionalmente tomasse uma overdose de digitalina, e cada dermatologista sofresse de uma doença de pele. Infelizmente, o terreno que poderia ser coberto com essa forma seria limitado, pois, se esse procedimento fosse levado a sua conclusão lógica, significaria não usar grande parte dos conhecimentos acumulados por outros. Entretanto, quanto mais aproximam os métodos de ensino a uma experiência real, maiores são as probabilidades de que o que é aprendido é gravado de maneira permanente e se incorpora a todos nossos atos. O professor dispõe de muitos meios, diretos ou indiretos, para usar a sua experiência, seja através de discussões em aula, laboratório ou na sala do hospital, a fim de estimular adequadamente a aprendizagem de seus alunos (BRIDGE, 1965, p. 106, tradução nossa).

A Pedagogia Médica foi um movimento que colaborou com o processo de elaboração teórica da reforma da educação médica emergente na década de 1950. Particularmente estimulou o diálogo entre a formação em saúde e os fundamentos da pedagogia, buscando superar a forma pela qual ocorria a formação superior dos profissionais da área. Passou a divulgar pressupostos pedagógicos em que a ênfase saíria do ensino para a aprendizagem, do professor para o aluno, indicando outra abordagem pedagógica ao referido processo.

La atención se concentró en el aprendizaje, y no en la enseñanza y la disertación. El profesor debía planear su enseñanza teniendo en cuenta primero al estudiante en sí, con una visión de las limitaciones de los métodos colectivos. No bastaba la aceptación pasiva de información por parte del alumno. En cierto modo, él, como persona, debía participar mediante el interés, la actividad o la discusión, para que los nuevos conocimientos pasaran a formar parte de su modo de vida y de su conducta fuera del aula¹¹ (BRIDGE, 1965, p. 305).

A partir dos dados apresentados é possível perceber que os pressupostos pedagógicos divulgados pela Pedagogia Médica, como a aprendizagem centrada na experiência do aluno; a ênfase na aprendizagem ativa; o aluno como centro do processo, são similares aos pressupostos expressos nas denominadas metodologias ativas, divulgadas na atualidade no campo da formação em saúde.

No decorrer da obra Pedagogia Médica há indícios das razões da adoção e divulgação dos pressupostos pedagógicos sugeridos. Identificou-se, pela sistematização das informações, que um novo interesse quanto a discutir as relações humanas foi determinante para repensar as práticas de saúde e educação no contexto pós II Guerra Mundial. Com a volta à vida civil de um número significativo de profissionais da saúde, os quais vivenciaram experiências atemorizadoras no referido episódio, emergiu um movimento que passou a divulgar novos princípios de convivência humana nos diferentes espaços sociais, e em todos os níveis de ensino (BRIDGE, 1965).

O reflexo da II Guerra quanto ao esforço de democratizar a sociedade é um dos fatores a serem considerados para entender o movimento que sugeria uma nova tendência no campo da formação em saúde. Os movimentos no setor da educação médica, que vinham desde os anos de 1950 focalizando novas possibilidades de formação, tais como: a integração docente-

¹¹ A atenção se concentrou na aprendizagem e não no ensino e na dissertação. O professor deveria planejar suas aulas levando em conta primeiro o estudante em si, com uma visão das limitações dos métodos coletivos. Não bastava a aceitação passiva de informações por parte do aluno. De certa forma, ele, como pessoa, deveria participar por meio do interesse, a atividade ou discussão, para que novos conhecimentos passem a tornar parte de seu estilo de vida e de seu comportamento fora da sala de aula (BRIDGE, 1965, p. 305, tradução nossa).

assistencial, integração do ensino das ciências médicas básicas, o entendimento que o hospital não seria o único local de aprendizagem dentre outros, ajudam a entender a nova proposta de formação.

Mas ao que parece, o elemento determinante no processo de emergência dos pressupostos pedagógicos apresentados pela Pedagogia Médica foram as várias experiências realizadas em diferentes Instituições de Ensino Superior da área da saúde, que divulgaram metodologias de ensino alternativas àquelas utilizadas majoritariamente pelas escolas e redefiniram o papel do professor e valorizaram a experiência do aluno (BRIDGE, 1965).

Dessa forma, a Pedagogia Médica emergiu como uma nova possibilidade que “[...] ayudaba a los profesores de medicina a comprender los principios de su segunda profesión”¹² (BRIDGE, 1965, p. 14). A preparação pedagógica dos docentes de medicina tornou-se uma das suas principais estratégias, criando a demanda pela criação de centros regionais para a formação de professores. No caso brasileiro, o NUTES e o CLATES, desde 1973, desenvolveram cursos de curta duração e seminários destinados ao preparo didático-pedagógico de professores da área da saúde, difusão de princípios de tecnologia educacional, demandadas pelas novas ênfases em Atenção Primária à Saúde e na integração ensino-serviço, além de apoiar as mudanças curriculares emergentes naquele contexto (PIRES-ALVES, 2011; KISIL, 1993).

Entre os cursos e seminários administrados durante o ciclo de fundação incluíam-se: Didática Aplicada ao Ensino Superior, Pedagogia Médica, Tópicos de Educação, Introdução aos Meios Audiovisuais em Educação e Computação em Ciências da Saúde, complementados, em 1977, por um curso de Integração Docente-Assistencial, que passaria a ser ofertado, anualmente, até 1979. Em 1978, essa lista de cursos se expandiria, com a inclusão dos cursos Avaliação Educacional, Ensino Modularizado, Simulações em Educação, Dinâmica de Grupo em Educação Organização Curricular e Treinamento em Supervisão, levando o Nutes-Clates a atingir o maior número de alunos/ano em toda a sua trajetória, inclusive depois do fim do seu componente internacional (PIRES-ALVES, 2011, p. 257-258).

Durante os anos de existência do CLATES/NUTES foram ofertados diversos cursos articulados a programas regionais, que abrangeram diferentes países da América Latina, e a projetos nacionais. Uma das estratégias regionais foi à criação de centros de tecnologia educacional nas escolas de enfermagem latino-americanas¹³, como polos geradores de

¹² “[...] ayudaba os profesores de medicina a entender os princípios de sua segunda profissão” (BRIDGE, 1965, p. 14, tradução nossa).

¹³ De acordo com informações sistematizadas por PIRES-ALVES (2011, p. 260), os primeiros centros de tecnologia educacional em enfermagem criados foram integrados as seguintes instituições de ensino: Escola de

modelos inovadores de ensino e prática da enfermagem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1983; KISIL, 1993).

O CLATES/NUTES também colaborou de forma significativa com o desenvolvimento do Programa de Preparação Estratégico de Pessoal de Saúde (PPREPS), programa esse implementado pelo esforço do Ministério da Saúde, com a colaboração direta do então Ministério da Educação e Cultura e da OPAS, tendo como intuito:

[...] promover a adequação da formação de pessoal de Saúde (quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços através de uma progressiva “integração” das atividades de formação na “realidade do Sistema de Serviços de Saúde” (BRASIL, 1976, p. 3).

O PPREPS possuía três objetivos principais, que se relacionavam entre si, sendo: 1º) preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para superar os déficits existentes no setor e permitir a extensão de cobertura e a melhoria da prestação de serviços; 2º) referia-se ao apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais de saúde, para a cobertura de 15 a 20 milhões de habitantes; o 3º) objetivo visava apoiar o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado da união¹⁴ (BRASIL, 1976).

No decorrer da 4ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1967, a qual teve por tema central: “Recursos Humanos para as atividades de saúde”, houve o debate sobre a necessidade de formação de pessoal em nível técnico. O relatório final indicou que a preparação desses trabalhadores deveria ser de responsabilidade dos serviços de saúde e entidades educacionais, contando, quando necessário, com a assistência das escolas de saúde pública (BRASIL, 1967).

Quanto à formação do pessoal de nível auxiliar, a 4ª Conferência, sugeriu que os cursos não se limitassem apenas a ensinar a execução mecânica de tarefas específicas, mas

Enfermagem Ana Nery, em 1975 (Rio de Janeiro/Brasil); Escola de Enfermagem da Universidade Central do Equador, em 1975 (Quito, Equador); Escola de Enfermagem da Universidade do Chile, em 1975 (Santiago, Chile); Escola Nacional de Enfermagem, em 1975 (Caracas, Venezuela); Escola de Enfermagem da Universidade da Costa Rica, em 1975 (San José, Costa Rica). Os centros e subcentros subsequentes foram: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1976 (Belo Horizonte, Brasil); Escola de Enfermagem de Nova Leon, em 1977 (Monterrey, México); Departamento de Enfermagem da Universidade del Vale, em 1977 (Cali, Colômbia); Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em 1977 (Salvador, Brasil); Escola de San Marcos [197?] (Lima, Peru), Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia, em 1978 (Bogotá, Colômbia).

¹⁴ Para aprofundar a compreensão acerca dos primeiros anos de implantação do PPREPS, as estratégias para viabilização dos objetivos do respectivo programa e principais realizações ver: PIRES-ALVES, Fernando Antonio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos: História da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/tv/pdf/pires-8575411020.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

também, proporcionassem o mínimo de conhecimentos básicos que capacitassem os sujeitos a ter consciência do trabalho que lhe seria atribuído (BRASIL, 1976).

A formação de pessoal de nível técnico se constituiu uma demanda do modelo de assistência à saúde, implantado no Brasil no período militar, no qual o Estado tinha uma atuação suplementar aos serviços prestados pela medicina privada, por meio de convênios INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, com a rede de hospitais utilizava-se do setor privado para atender a massa trabalhadora (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Durante o regime militar não havia uma rede de atendimento público à população de forma geral, portanto, as atividades/ações voltadas à saúde coletiva eram limitadas a programas específicos, como vacinação da população e atendimento pré-natal o que predominava era o atendimento hospitalar, no qual os indivíduos levavam suas carteiras de trabalho ou o carnê de contribuição previdenciária para serem atendidos nos hospitais ou ambulatórios. Espaços que precisavam de pessoal de nível auxiliar ou técnicos capacitados a atender a demanda de saúde que naquele momento, centrava-se mais nos aspectos curativos do que nos preventivos.

Com relação à possibilidade de efetivação da preparação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar), o PPREPS estabeleceu uma relação de proximidade e de cooperação com o CLATES/NUTES, fundamentalmente quanto à realização da estratégia voltada para o desenvolvimento de tecnologia instrucional e preparação de instrutores. A articulação visou ao desenvolvimento de “modelos instrucionais apropriados ao treinamento em massa de pessoal com custos marginais decrescentes e aplicáveis nas diversas situações que o País se apresenta e que permitam a progressiva melhoria da capacitação realizada” (BRASIL, 1976, p. 15).

Quanto à instalação de regiões docente-assistenciais, o documento que expõe o programa de trabalho do PPREPS (BRASIL, 1976), limita as ações do referido Programa ao indicar que a sua responsabilidade seria a da formulação e operação dos mecanismos de articulação e/ou integração entre os sistemas de formação e o de saúde, os quais se complementariam em termos estruturais e funcionais no sentido de adequar a formação às necessidades reais de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1976).

Caberia ao setor da saúde a redefinição organizacional e de operação do Sistema Regional de Serviços da área e o estabelecimento das necessidades quantitativas e qualitativas do pessoal necessário por categoria profissional. Ao setor da educação, competiria a formulação dos programas de formação correspondentes e adequação consequente da organização e do funcionamento do sistema formador (BRASIL, 1976).

A criação das regiões docente-assistenciais teria a finalidade também de possibilitar a experimentação de modelos, métodos e procedimentos que viabilizassem a regionalização de serviços e a articulação técnica e administrativa das múltiplas instituições do Setor. A estratégia seria a de permitir a adequada articulação da formação de recursos humanos para a saúde com o sistema prestador de serviços, podendo ser expandida progressivamente em outras regiões do país (BRASIL, 1976).

Com essa frente de atuação, o PPREPS alinhava-se a um movimento de alcance continental, apoiado pela Fundação Kellogg, que pretendia uma reorganização do ensino de medicina, com um fortalecimento dos componentes de interação entre ensino e serviço, com ênfase na cooperação interdepartamental e multiprofissional (CHAVES, 1994). Portanto, é possível indicar que o CLATES/NUTES serviu de estrutura de apoio e divulgação das orientações mais gerais do movimento mundial de reorientação da formação de recursos humanos para o setor saúde.

Durante a década de 1980 a OPAS realizou avaliação das funções dos 10 centros pan-americanos ligados à Organização. A avaliação quanto às iniciativas e projetos desenvolvidos pelo CLATES foi realizada no período de 1981 a 1982 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983).

A avaliação dos centros regionais visava preparar um enunciado de normas estabelecendo as condições pelas quais centros nacionais destinados a pesquisa, docência ou a serviços teriam a oportunidade de serem admitidos como centros associados, com a possibilidade de constituírem relações colaborativas com a OPAS (PIRES-ALVES, 2011).

Os resultados da avaliação do CLATES foram apresentados por meio de um informe do Conselho Executivo da OPAS, documento CE 90/18, de 17 de maio de 1983, que inicialmente fez a descrição dos antecedentes que conduziram a criação do Centro, em seguida apresentou um estudo da evolução operativa, bem como, uma revisão sumária dos programas e das atividades desenvolvidas no decorrer dos 10 anos de funcionamento do Centro, por fim, o documento tece comentários e recomendações quanto ao futuro do CLATES.

Quanto à atuação do CLATES/NUTES o relatório de avaliação afirmou que essas entidades desempenharam um papel significativo no contexto da América Latina, tanto pelo avanço de sua concepção como pela extensão de seu trabalho realizado e pelo nível de desenvolvimento que se alcançou (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983).

A principal recomendação da avaliação parte da ideia de que os projetos financiados pela OPAS só podem se manter enquanto sejam verdadeiramente indispensáveis e de que não podem ser eternos, portanto, diante da presente consideração, o CLATES deveria encerrar suas atividades, uma vez que já havia ajudado a consolidar o NUTES e este por sua vez teria condições de se consolidar como um centro nacional na região (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983).

La conclusión a que se llega, basada en la evidencia de que el NUTES ya es el responsable por la mayoría de las actividades descritas, es de que el centro nacional puede ser considerado autosuficiente y por lo tanto independizarse del apoyo de CLATES, que en estas condiciones deja de ser necesario mantenerse. Se propone finalizar el proyecto al término, de la enmienda vigente (31 de diciembre de 1983), reemplazándolo por un nuevo convenio con la Universidad, que permita seguir apoyando el NUTES y al mismo tiempo favorezca la movilización directa de los recursos nacionales representados básicamente por la red de centros latinoamericanos en el campo de la tecnología educacional para la salud¹⁵ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983, p.19)

De acordo com o fragmento do relatório apresentado acima, houve por parte da OPAS a recomendação da extinção do Centro em 31 de dezembro de 1983, período em que se encerrava o acordo celebrado entre a OPAS, o Ministério da Saúde e a UFRJ. O CLATES/NUTES passou por um processo de nacionalização, perdeu seu vínculo orgânico com a OPAS, mantendo apenas a sigla NUTES e seu vínculo com a UFRJ (PIRES-ALVES, 2011).

Atualmente, o NUTES é um órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que objetiva articular ações de formação de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento na área da Educação em Ciências e Saúde. Segundo informações do próprio NUTES, seu trabalho seria de natureza interdisciplinar, desenvolvido por uma equipe multiprofissional, integrando os diferentes campos de conhecimento dentre os quais se destacam educação, comunicação, informática, ciências naturais e da saúde (NUTES, 2012).

¹⁵ A conclusão que se chegou, baseada na evidência de que o NUTES já é o responsável pela maioria das atividades descritas, é o centro nacional que pode ser considerado auto-suficiente e, portanto independente do apoio do CLATES, que nestas condições deixa de ser necessário para ser mantido. Propõe-se finalizar o projeto ao término, da emenda vigente (31 de dezembro de 1983), substituindo-o por um novo convênio com a Universidade, que permita continuar apoiando o NUTES e ao mesmo tempo favoreça a mobilização direta dos recursos nacionais representados basicamente pela rede de centros latino-americanos no campo da tecnologia educacional para a saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1983, p. 19, tradução nossa).

As atividades de pesquisa desenvolvidas pelo NUTES são realizadas em 5 laboratórios, sendo eles: Laboratório de Currículo e Ensino; Laboratório de Estudos da Ciência; Laboratório de Linguagens e Mediações; Laboratório de Tecnologias Cognitivas e Laboratório de Vídeo Educativo; sendo que cada laboratório possui objetivos específicos e projetos de pesquisa que abordam temáticas ligadas ao objeto de estudo de cada laboratório.

O NUTES possui um Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde que oferece cursos de mestrado acadêmico e doutorado voltados para a formação de pesquisadores comprometidos com a produção de conhecimento científico e com a melhoria da educação em ciências e da educação em saúde (NUTES, 2012).

Em suma a criação do CLATES pode ser considerada um esforço, em território brasileiro, de divulgação e de afirmação dos pressupostos pedagógicos defendidos pelo movimento mais geral que, de 1950 em diante, veio se afirmando no campo da formação em saúde.

3.1.2 Programa UNI: o anúncio de mudança de paradigma na formação escolar dos profissionais da saúde

Outra iniciativa que ganhou destaque no campo da formação em saúde no território nacional foi o Programa UNI. Proposta lançada em 1991 pela Fundação Kellogg que, com base em estudos prévios, buscou iniciar um novo programa em continuidade à sua estratégia de ajuda financeira aos países periféricos¹⁶.

Segundo Kisil e Chaves (1994), respectivamente, então coordenador de área e consultor da Fundação Kellogg, o programa partiu da avaliação das experiências da proposta Integração Docente-Assistencial (IDA) buscando propor maior articulação na educação dos profissionais de saúde e incorporando, nos novos projetos, a comunidade de forma destacada em recíproca colaboração com as universidades e os serviços de saúde.

¹⁶ A ajuda oferecida pela Fundação Kellogg aos países ampara-se na lógica da cooperação internacional, ou seja, ajuda financeira articulada a oferta de ideias para os vários setores das economias periféricas. A política de cooperação internacional emergiu no contexto da Guerra Fria, como estratégia dos EUA, para garantir a continuidade de sua posição de líder na economia capitalista mundial. A intervenção externa representou uma das facetas do padrão de desenvolvimento econômico capitalista central, que sem o uso da força bélica, mas por meio de condicionalidades políticas, entendidas como pré-requisitos para acessar os recursos financeiros, levaram os países periféricos a aderirem às prescrições e a modelos teóricos definidos nos países centrais. A intervenção dos organismos internacionais, nos diversos setores dos países periféricos, ocorreu pela anuência e o consentimento das entidades e governos locais (LEHER, 1998; NOGUEIRA, 1999; SILVA, 2002).

Laura Feuerwerker (1998), ao discutir as principais propostas de mudança na educação médica na América Latina e no Brasil indica que a Integração Docente-Assistencial foi uma iniciativa divulgada na América Latina, pela Fundação Kellogg no fim da década de 1970 e início dos anos de 1980. Os projetos IDA buscaram propor modelos que articulassem as inúmeras propostas de mudança no setor da saúde, via a ações multidepartamentais e multiprofissionais.

O ideário IDA associava-se teoricamente aos vários movimentos de mudança na formação profissional em saúde na América Latina, fundamentalmente pelo movimento iniciado após os Seminários sobre ensino de medicina preventiva, realizados em Viña del Mar e em Tehuacán, pela divulgação da concepção da Medicina Preventiva, dentre outros, que visavam a inserção precoce dos estudantes na realidade dos serviços de saúde, por meio de atividades de extensão, como visitas a áreas economicamente pouco favorecidas, atuação em centros de saúde experimentais, geralmente, periféricos ou rurais e ligados às próprias instituições universitárias (SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 24 a 28 de março de 1980, promoveu painel que debateu os recursos humanos para os serviços básicos de saúde e no decorrer da discussão lançou o lema “substituição da especialidade pela generalidade”, os participantes inspirados nos debates internacionais, que indicavam os cuidados primários como centrais para a organização de sistema de saúde, sugeriram que os espaços de formação revissem seus projetos pedagógicos no sentido de formar profissionais generalistas, principalmente o médico, aproximando a graduação e a prática dos serviços de saúde, através dos projetos de integração docente-assistencial (BRASIL, 1993a).

Dentre as estratégias operacionais definidas para implementar a formação de recursos humanos para serviços básicos da saúde a 7ª Conferência indicou a urgência da implementação dos programas de integração docente-assistencial já existentes e ofertas de oportunidade para expansão da experiência (BRASIL, 1993a).

No Brasil as principais iniciativas IDA ocorreram em escolas e universidades públicas, fundamentalmente, nos departamentos de Medicina Preventiva. As atividades desenvolveram-se por meio de implementação de projetos que visavam à reorganização dos serviços, efetivação do ensino dos estudantes na rede de serviços e educação continuada. A integração docente-assistencial foi apoiada e incentivada por políticas públicas, oriundas tanto do Ministério da Saúde, como do Ministério da Educação (FEUERWERKER, 1998).

O aspecto comunitário ganhou, a partir do final dos anos de 1970, destaque nos movimentos de reorientação da formação e nos principais fóruns que discutiam políticas e programas de saúde. Um notável movimento foi o da Medicina Comunitária¹⁷, que, dentre seus principais pressupostos, destacava a ideia da participação comunitária na produção dos serviços de saúde, reforçado pela Conferência de Alma-Ata, que enfatizou a incorporação da comunidade como elemento central para atingir a expansão da Atenção Primária à Saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Apesar da importância que a comunidade passou a ter no setor saúde e mesmo estando presente nos projetos IDA, houve uma avaliação, no interior do campo da formação em saúde, que indicou que a comunidade não foi contemplada de forma plena, nem na sigla IDA e nem nas estruturas decisórias da IDA (KISIL, 1993). Portanto, o desafio era articular não só o ensino ao serviço, mas garantir a participação da comunidade como uma estratégia de intervenção na assistência à saúde e na formação dos profissionais que atuam na área.

Segundo informações sistematizadas por Barbieri (2006), em estudo que resgatou a história da Rede Unida e suas principais estratégias para a mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil, no início da década de 1980 havia 34 experiências de Integração Docente-Assistencial na América Latina, sendo 29 delas estudadas pelo então consultor da Fundação Kellogg naquele momento, Marcos Kisil. O referido estudo indicou fragilidades nas experiências em andamento, dentre elas se destacaram a ausência da participação da comunidade nos projetos; as experiências eram segmentadas por faculdades, profissão ou departamento, além da pouca alteração na estrutura curricular das graduações em saúde.

Com a avaliação crítica das experiências da IDA, em 1991 a Fundação Kellogg divulgou o Programa UNI: *Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade*, dando continuidade à programação anterior, buscando maior articulação entre o ensino das várias profissões da saúde e incorporando a comunidade, de forma privilegiada, à colaboração das instituições de ensino e serviço (KISIL; CHAVES, 1994).

¹⁷ Segundo Santana; Campos e Sena (1999), o movimento da Medicina Comunitária propunha uma espécie de regresso à medicina simplificada, ao modelo anterior ao desenvolvimento tecnológico, como uma estratégia que permitiria a inclusão de diferentes camadas sociais marginalizadas pelo processo de desenvolvimento social desigual. Os mesmos autores citam experiências de atenção simplificada tomando os casos dos “médicos de pés descalços” ocorrido na China, dos *Felshers* na ex-União Soviética e lembram como inúmeras experiências de medicina comunitária proliferaram na América Latina com o apoio financeiro e teórico da Aliança para o Progresso.

Mário Chaves por seu envolvimento com as discussões sobre os rumos da formação profissional em saúde, na América Latina e no Brasil, desde a realização do Projeto EMA – Educação Médica nas Américas, e por ser consultor da Fundação Kellogg no Brasil, de 1985 a 1996, realizou uma análise de caráter prospectivo sobre o processo de transição entre o término dos projetos IDA e a efetivação do Programa UNI para o campo da saúde:

Tenho a impressão de que estamos nos preparando para um novo paradigma que vai servir como uma espécie de arcabouço conceitual para nosso pensamento, trabalho e ação no setor saúde. Estamos numa fase pré-mudança de paradigma, caracterizada pelo fato de que os conceitos que manejávamos já não servem. Não são suficientes para explicitar a realidade que nos cerca, nem para facilitar o trabalho no setor saúde (CHAVES, 1994, p. 7).

A proposta UNI¹⁸ considerava a premissa de que a educação profissional em saúde, para responder melhor as necessidades da comunidade, deveria articular três componentes: a universidade, o serviço de saúde e a comunidade, tendo entre ambos reciprocidade e equanimidade, ou seja, todos deveriam contribuir e se beneficiar da parceira estabelecida (CHAVES; KISIL, 1994).

Um projeto UNI poderia ser considerado equivalente ao somatório dos três componentes, de suas relações bilaterais. No entanto, o Programa é bem mais do que isto. Não é uma mera continuidade das experiências anteriores. [...] O UNI representa uma nova gestalt, agregando, à soma das experiências anteriores, aspectos específicos, como o de equipe multiprofissional, ênfase na dimensão pedagógica, enfoque familiar, estreitamento da relação com a comunidade e desenvolvimento sincrônico de líderes para atuar nos três grandes componentes do UNI (CHAVES; KISIL, 1994, p. 15).

O início dos trabalhos do Programa UNI ocorreu em 1991, com a divulgação de cartas-convites à 800 universidades da América Latina, que estivessem interessadas em participar do desenvolvimento da proposta. Cada instituição deveria enviar pré-projetos à Fundação Kellogg, explicitando a adesão da instituição aos princípios do programa, seu compromisso em alocar uma equipe para atender as atividades iniciais de formulação de uma proposta definitiva; compromisso de mudança institucional para garantir uma efetiva parceria entre serviços, universidade e comunidade. Também deveriam expor as dificuldades

¹⁸ Quando o texto indicar Proposta, Programa ou Ideário UNI, estará se referindo ao conjunto de ideias, concepções, pressupostos e estratégias mais gerais, concebidas pela Fundação Kellogg como possibilidade de transformar as práticas de saúde e de formação dos profissionais da área. Por outro lado, quanto for mencionado Projeto (s) UNI estará denominando especificamente as experiências concretas, os projetos que foram implantados nas e pelas instituições envolvidas.

esperadas e formas de enfrentamento das mesmas, bem como, a estratégia para conservar o projeto mesmo após o término do financiamento (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991a).

A carta convite destinada à Universidade Estadual de Londrina (UEL) explicita de forma sucinta a finalidade da implementação dos Projetos UNI.

[...] a Fundação iniciou um processo que conduzirá à identificação de instituições que poderão receber apoio para o desenvolvimento de projetos por um período de 3 a 4 anos. Tais projetos deverão destinar-se à implantação de modelos de assistência primária à saúde localizados em comunidades, e que sirvam, não só à prestação de serviços, mas, também, às atividades acadêmicas de ensino e pesquisa, em estreita colaboração com essas comunidades (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991a, p. 1).

Kisil e Chaves (1994) ao responderem por que a Fundação Kellogg passou a destinar atenção ao Programa UNI indicaram que o objetivo central da programação da Fundação para o setor saúde seria o de contribuir para a organização de um sistema de saúde comunitário mais coordenado; mais eficiente e eficaz; integrado e integral; acessível para todas as pessoas, sendo que, para atingir tal meta seria necessário: “[...] O uso de várias estratégias simultâneas de programação, dentre as quais o desenvolvimento de modelos de serviços locais de saúde e de modelos de formação de recursos humanos para operar esses sistemas de saúde” (KISIL; CHAVES, 1994, p. 02).

Como resultados ao convite, mais de 140 cartas de intenções foram mandadas à Fundação, que por sua vez as analisou e selecionou 15 pré-projetos apresentados. No Brasil foram selecionadas, inicialmente, 4 instituições de ensino superior localizadas em: Botucatu (SP), Brasília (DF), Londrina (PR) e Marília (SP), as quais foram convidadas a fazer parte da segunda fase do programa, relativa à implementação dos Projetos. Mais tarde foram incluídas mais 2 instituições localizadas nas cidades de Natal (RN) e Salvador (BA).

A realização dos projetos previa três fases, a primeira de desenvolvimento de modelos e liderança; a segunda referia-se a implementação dos projetos e a terceira fase relacionou-se ao acompanhamento e avaliação dos projetos e disseminação dos resultados (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991a).

No decorrer da 1ª fase foram organizados três seminários, com o objetivo de ressaltar os conceitos e as estratégias para mudanças significativas nas instituições de ensino selecionadas, bem como, ajudar na formulação dos seus projetos. Essa fase ocorreu entre janeiro de 1991 a dezembro do mesmo ano.

Em setembro de 1992 a segunda e terceira fases tiveram início e foram concluídas em agosto de 1995. Os projetos UNI começaram a funcionar, quando efetivamente os recursos financeiros foram transferidos pela Fundação Kellogg às instituições. Cabe registrar que nos anos seguintes foram aprovados mais oito projetos pela Fundação, totalizando 23 Projetos UNI¹⁹ desenvolvidos em 11 países latino-americanos.

Nesse contexto várias atividades foram desenvolvidas para que o Ideário UNI se substanciasse na prática. O Programa apoiou uma série de ações: 1) desenvolvimento de líderes, tanto os que se tornariam divulgadores das ideias dos projetos, quanto os membros da comunidade; 2) apoio técnico para o desenvolvimento do modelo acadêmico: contemplando atividades para revisão curricular, apoio pedagógico, treinamento de docentes, avaliação da aprendizagem, dentre outros; 3) apoio técnico para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde; 4) apoio técnico para o desenvolvimento da participação comunitária; 5) apoio técnico para o desenvolvimento da autoavaliação dos projetos, bem como, disseminação dos resultados atingidos e, 6) criação de mecanismo de rede para facilitar a troca de experiência entre os projetos e instituições interessadas (KISIL; CHAVES, 1994).

Com o intuito em focar o objetivo da presente seção, será destacado de forma mais pontual o componente acadêmico; as prioridades educacionais e as estratégias metodológicas expressas pelo Programa UNI, procurando, dessa forma, identificar os principais pressupostos pedagógicos divulgados pelo ideário UNI e perceber em que medida foram incorporados às propostas atuais de formação em saúde no Brasil.

Em agosto de 1991, em Nova Friburgo, Rio de Janeiro foi realizado o 1º Seminário do Programa UNI dirigido às 15 instituições selecionadas. O objetivo do evento foi lançar as bases para a preparação das propostas que, possivelmente, seriam apresentadas à Fundação ao final do Programa (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991b).

Quanto à metodologia de ensino, três aspectos deveriam caracterizar os Projetos UNI, sendo eles a diversificação dos locais de ensino-aprendizagem; o treinamento em serviço e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais. Tais aspectos revelam os pressupostos pedagógicos assumidos e divulgados pelo Programa UNI, em que o processo de aprendizagem centrava-se nas experiências vivenciadas pelos estudantes em espaços não

¹⁹ Os projetos participantes do UNI estavam vinculados à Instituições de Ensino Superior localizadas nas seguintes cidades da América Latina: Monterrey (México); Colima (México); Cidade do México (México); Merida (México); Leon (Nicarágua); Barquisimeto (Venezuela); Maracaibo (Venezuela); Cali (Colômbia); Rio Negro (Colômbia); Barranquilla (Colômbia); Sucre (Bolívia); Trujillo (Peru); Quito (Equador); Santiago (Chile); Temuco (Chile); Tucumán (Argentina); Montevideú (Uruguai); Londrina (Brasil); Marília (Brasil); Botucatu (Brasil); Brasília (Brasil); Salvador (Brasil); Natal (Brasil) (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991b).

convencionais de aprendizagem. A aprendizagem ativa seria um dos princípios fundamentais para a formação dos profissionais de saúde.

[...] porque a aprendizagem ativa é uma exigência da velocidade do progresso e da desatualização dos conhecimentos. Há quem considere que um dos propósitos principais dos cursos de graduação é estimular os alunos a assumirem a responsabilidade por seu aprendizado, e aprenderem uns com os outros, a manifestar suas opiniões e a considerar opiniões diferentes, como base para a educação continuada (ROSA, 1994, p. 32).

A aprendizagem escolar ocorreria em cenários da vida real, tanto dos serviços como da comunidade:

[...] que é necessária uma *modernização didática*, com diminuição do ensino em aulas teóricas, e introdução de novas metodologias de ensino tais como ensino tutorial e em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas (ABP), e estudo autodirigido; que se enfatize a *investigação aplicada*, e que ela seja sempre que possível participativa, quando envolve a comunidade (CHAVES; FEUERWERKER; TANCREDI, 1999, p. 174).

Num esforço em reexaminar o ideário UNI e propor sua atualização para a construção de mudança na formação profissional em saúde Chaves, Feuerwerker e Tancredi (1999) afirmam que é preciso reconhecer que o ideário UNI possuiu capacidade de mobilização, aglutinou forças interessadas em produzir mudanças em cada projeto, sintetizou de maneira inédita as concepções e experiências precedentes em relação à formação em saúde na América Latina e serviu como referencial geral para a ação nesse campo.

As principais mudanças previstas pela implementação dos projetos UNI no processo de formação superior em saúde relacionam-se à reforma nos currículos, com a superação da concepção disciplinar dos currículos; a utilização de metodologia ativa de aprendizagem, centrada no aluno (CHAVES; FEUERWERKER; TANCREDI, 1999).

Os projetos desenharam e implementaram métodos de ensino caracterizados pela interdisciplinaridade, pela abordagem baseada em problemas, pela educação centrada no estudante, pela formação em cenários comunitários e pela participação ativa de comunidades e pessoal dos serviços de saúde no processo ensino-aprendizagem (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999b, p. 217).

Os UNI foram uma oportunidade para a reformulação curricular das carreiras de saúde, pois colocaram na agenda de discussão das universidades participantes o tema da revisão de seus métodos e conteúdos de ensino (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999b, p. 217).

O ideário UNI indicou os pressupostos pedagógicos que deveriam conduzir às transformações nos processos de formação em saúde como sendo aqueles vinculados às metodologias ativas de aprendizagem, aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem centrada no aluno e currículo integrado. No entanto, não houve um esforço em revelar sob qual ponto de vista teórico estão alicerçados tais pressupostos pedagógicos, é quase inexistente a indicação de fontes teóricas, de autores, que respaldam tais opções metodológicas.

Os divulgadores do ideário UNI²⁰, em diferentes textos que abordam os pressupostos pedagógicos adotados e divulgados pelo movimento de reorientação da formação profissional em saúde, citam produções de autores da área da educação, sem aprofundar ou explicitar as bases teóricas que dão apoio às referidas produções.

A produção de Bordenave e Pereira (1991)²¹ tem sido utilizada como suporte teórico para fazer a crítica ao modelo de educação em saúde considerado tradicional, baseado na transmissão de conhecimento, na experiência do professor e na valorização do conteúdo. Além disso, os referidos autores são tomados por suas indicações sobre o conceito de educação transformadora, aquela que considera a aprendizagem como uma resposta natural do aluno aos desafios de uma dada situação problema e está baseada na sua participação ativa (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Também a produção do educador Paulo Freire é citada como suporte teórico para efetivar a mudança na formação em saúde. As ideias mais mencionadas do autor são as que descrevem a concepção “bancária” de educação como instrumento de opressão; as que apontam a educação problematizadora como forma de superação de processos educativos conservadores e da contradição entre educador-educando.

²⁰ Com a sistematização de dados sobre o Programa UNI foi possível identificar pessoas que se destacaram no movimento de divulgação do ideário UNI nos países da América Latina e no Brasil, dentre eles pode-se citar o trabalho de: Marcos Kasil, coordenador de Programa para a América Latina e Caribe da Fundação Kellogg de 1985 a 1999; Mário Magalhães Chaves, Consultor da Fundação Kellogg, de 1985 a 1996; Alice Reis Rosa foi Diretora da Associação Brasileira de Educação Médica; Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Assessora da Coordenação do Programa UNI em São Paulo, Brasil, de 1995 a 2002; Francisco Tancredi, Diretor Regional do Programa para a América Latina e Caribe da Fundação Kellogg de 1999 a 2008; Marcio José de Almeida Coordenador do Projeto UNI-Londrina de 1991-1994. Essas personalidades durante os últimos anos vêm indicando os pressupostos que devem orientar a formação dos profissionais que atuam na saúde.

²¹ A produção teórica citada de Bordenave e Pereira, a obra: *Estratégias de ensino-aprendizagem* é tomada quase que exclusivamente como referência ao processo de reorientação da formação em saúde, tanto por fazer crítica à educação considerada tradicional, como por oferecer indicações denominadas inovadoras para o processo ensino-aprendizagem. O referido livro surgiu do diálogo dos autores com professores universitários que participaram de cursos de Metodologia de Ensino Superior oferecidos pelo Instituto Interamericano de Ciências Agrícolas (IICA) nas Escolas de Faculdades de Agronomia, Veterinária, Zootecnia e Engenharia Florestal do Brasil, ocorridos nos anos de 1960 e 1970.

Na concepção “bancária” que estamos criticando, para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se esta superação. Pelo contrário, refletindo a sociedade opressora, sendo dimensão da “cultura do silêncio”, a “educação” “bancária” mantém e estimula a contradição. Daí então, que nela: a) o educador é o que educa; os educandos, os que são educados [...] (FREIRE, 1982, p. 67).

Dentre as obras de Freire, a *Pedagogia do Oprimido*²² é recorrentemente referida, talvez por ser a produção que explicita as principais ideias que estruturam sua concepção de educação. O livro propõe uma pedagogia fundamentada no diálogo, em que os educandos sintam-se sujeitos de seu processo de pensar e de sua visão de mundo, como seres essencialmente críticos e autônomos, desse modo, o processo educativo seria um instrumento de conscientização, portanto se efetivaria uma Pedagogia Libertadora.

[...] o que vimos chamando de Pedagogia do Oprimido: aquela que tem de ser forjada com ele e não para ele, enquanto homens ou povo, na luta incessante de recuperação de sua humanidade. Pedagogia que faça da opressão e de suas causas objeto de reflexão dos oprimidos, de que resultará o seu engajamento necessário na luta por sua libertação, em que esta pedagogia se fará e refará (FREIRE, 1982, p. 32).

Paulo Freire centra seu esforço intelectual e militante na educação de adulto, não qualquer adulto, mas, de acordo com a dedicatória do livro *Pedagogia do Oprimido*, “Aos esfarrapados do mundo e aos que nêles se descobrem e, assim descobrindo-se, com êles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam” (FREIRE, 1982, p. 17). O método pedagógico proposto valoriza a cultura popular, que por meio do diálogo entre os educandos e educador visava, por um lado, a conscientização sobre os elementos da ideologia opressora, presente em diferentes relações humanas e, por outro, a politização dos sujeitos, como possibilidade de que lutassem e alcançassem a liberdade.

O denominado “Método Paulo Freire”, focaliza o processo de alfabetização de adultos²³. O método possui claro vínculo com o movimento de cultura popular e emergiu em

²² A referida obra foi escrita em 1968, quando o autor encontrava-se exilado no Chile. Foi proibida no Brasil, sendo publicada somente em 1974. O livro é apresentado na forma de ensaio, desenvolvendo quatro capítulos, sendo eles: 1) Justificativa da pedagogia do oprimido; 2) A concepção “bancária” da educação como instrumento da opressão, seus pressupostos e crítica; 3) A dialogicidade como a essência da educação como prática da liberdade e 4) A anti dialogicidade e a dialogicidade como matrizes de teorias de ação cultural (FREIRE, 1982).

²³ O método de alfabetização de Paulo Freire inicia-se pelo processo de investigação de palavras e temas mais significativos da vida do educando, dentro de seu universo vocabular, considerando o seu cotidiano e do local em que vive. Em seguida há a tematização, ou seja, momento da tomada de consciência do mundo, através da análise dos significados sociais dos temas e palavras e, por fim, a problematização, etapa em que o educador inspira o educando a superar a visão mágica e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada (FREIRE, 1989).

1962 da experiência desenvolvida na cidade de Angicos, Rio Grande do Norte, lugar em que Freire desenvolveu sua proposta pedagógica. Os resultados obtidos foram 300 trabalhadores alfabetizados em cerca de 50 dias.

As “lições” de Freire são diversas e seus pressupostos sobre a relação professor-aluno são importantes ao ato pedagógico, contudo, o foco das suas proposições estava na possibilidade dos educandos, que eram trabalhadores adultos que nunca havia passado por uma escola, atingirem a consciência política, de se reconhecerem enquanto sujeitos capazes de questionar as relações sociais de opressão. Portanto, a questão central dessa pedagogia não foi tratar da educação formal, do ensino superior e do papel clássico da escola.

Diante dos elementos apresentados, é possível indicar que a Proposta UNI, apesar de limitar-se a algumas universidades brasileiras, por meio do financiamento a determinados projetos, ganhou relevância por apresentar-se como síntese positiva de experiências precedentes e como a novidade no campo da formação profissional em saúde ao retomar os pressupostos pedagógicos já anunciados anteriormente por movimentos de formação dos profissionais da saúde. Além de se colocar como a possibilidade de produzir um profissional de saúde mais adequado aos serviços de saúde que deveriam incorporar a comunidade para a efetivação dos objetivos do Programa e a ampliação do autocuidado, em que indivíduos e famílias deveriam assumir tarefas de interesse da comunidade no cuidado à saúde, bem como, a ampliação da atenção básica à saúde.

3.1.3 A Rede UNIDA e a busca de consensos quanto à reorientação da formação superior em saúde

A origem mais remota da Rede UNIDA articula-se ao movimento promovido pela Fundação Kellogg que a partir dos anos de 1980 passou incentivar que as pessoas e as instituições que desenvolviam alguma iniciativa de mudança na formação em saúde entrassem em contato umas com as outras. Valorizou-se a *network*, ou seja, o trabalho em rede, “[...] de coparticipação, altamente voluntário e orientado para uma agenda de trabalho em que se identificam o problema e como os diferentes componentes se juntam para dinamizar a informação, nas possíveis soluções, num esforço coletivo” (CHAVES; ROSA, 1990, p. 103).

A constituição da Rede IDA, em meados da década de 1980, foi o antecedente importante que deu suporte para a criação da Rede UNIDA. A Rede IDA efetivou-se pela

articulação dos projetos de integração docente-assistencial, cujo objetivo central foi o de promover o intercâmbio de experiência entre seus membros, com o intuito de fortalecer tais experiências que buscavam modificações na reorganização da formação em saúde (FEUERWERKER et al., 2000).

A implantação da Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial ocorreu, de fato, a partir de agosto de 1985 como resultado da I Reunião de Coordenadores de Projetos IDA, promovida pela Fundação Kellogg e realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte (BARBIERI, 2006). O referido encontro é considerado o marco histórico de criação da Rede UNIDA, que até 1996 foi nominada como Rede IDA. Portanto, todas as atividades desenvolvidas, de 1985 a 1996, pela Rede IDA são historicamente consideradas atividades desempenhadas pela Rede UNIDA.

A criação da Rede foi um processo que envolveu:

Personagens fundamentais da reforma sanitária brasileira estiveram participando desses processos de integração docente-assistencial e dessa articulação em rede, que, naquele momento, cumpria o papel fundamental de romper o isolamento de projetos que continuavam esparsos no cenário nacional, ainda no contexto da ditadura militar (FEUERWERKER et al., 2000, p. 12).

Feuerwerker (1998), ao estudar as principais mudanças na formação médica na América Latina, aponta que várias avaliações dos atores envolvidos com os projetos IDA indicaram que o impacto dos referidos projetos sobre o processo de formação dos profissionais foi menor do que planejado. A expectativa inicial de que essa iniciativa fosse capaz de produzir mudanças substanciais não se confirmou. As experiências muitas vezes se limitaram somente a instituições e departamentos que foram contempladas no projeto, além da universidade não levar em conta os interesses dos serviços de saúde, limitou-se a reproduzir os modelos anteriores de formação.

Pelos motivos apontados, os projetos IDA se enfraqueceram e com o desenvolvimento e implementação de projetos UNI, na década de 1990 verificou-se a necessidade da interação e intercâmbio de ambas as experiências. Dessa forma, percebeu-se que existiam problemas comuns e havia condições de resolvê-los em conjunto, além disso, o objetivo central da construção da unidade, do trabalho em rede, residia na possibilidade da intervenção no cenário nacional “[...] para garantir a sustentabilidade e aumentar a governabilidade dos

projetos, no intuito de construir ambientes mais favoráveis ao amplo desenvolvimento dos processos inovadores” (FEUERWERKER; et al., 2000, p. 13).

Em julho de 1996 foi realizado o Seminário Nacional sobre Formação de Recursos Humanos em Saúde, na cidade de Salvador, Bahia, que discutiu, dentre outros temas, a política educacional de saúde e as estratégias inovadoras de mudanças na formação de profissionais da área, considerando as experiências IDA e UNI. No decorrer do referido seminário discutiu-se a importância de uma união entre os membros da Rede IDA e os membros dos projetos UNI para que atuassem de forma organizada na definição dos rumos da política educacional da área. A partir desse evento houve a fusão das duas redes, formando o acrônimo Rede UNIIDA, que representava literalmente a junção UNI e o IDA, mas posteriormente a sigla foi readequada para Rede UNIDA (BARBIERI, 2006).

A Rede UNIDA inicia a sua construção na expectativa de ampliar o seu papel social agregando novos parceiros, sejam instituições, projetos e pessoas que compartilhem o desejo de promover mudanças nos modelos de ensino e de atenção à saúde no Brasil (RANGEL; VILASBÔAS, 1996, p. 18).

De acordo com Rangel e Vilasbôas (1996), a Rede UNIDA, herdeira imediata da Rede IDA, foi concebida para ser um espaço de troca e divulgação de experiências; de articulação entre universidade, serviços, comunidade. A Rede UNIDA seria também constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção e de formação coerentes com os princípios do SUS.

3.1.3.1 De movimento aglutinador a movimento de intervenção: a Rede UNIDA e as políticas de formação

A percepção de que projetos isolados não mudariam a realidade, da forma almejada, levou a Rede UNIDA a buscar cada vez mais a unidade interna, a articulação de pessoas, projetos e instituições no sentido de se comprometerem com a mudança da formação dos profissionais de saúde. As pretensões da Rede tornaram-se maiores, em 1990 a instituição redefiniu suas atribuições num esforço de se tornar um ator político para intervir ativamente no cenário nacional das políticas públicas de recursos humanos em saúde, principalmente na formação em nível de graduação (REDE UNIDA, 2012).

Nos últimos anos, a Rede vem desenvolvendo a experiência de reunir pessoas, projetos e instituições envolvidas com a mudança da formação dos profissionais de saúde, e também a de constituir-se num ator social que interfere ativamente no cenário nacional de saúde e educação, procurando contribuir para a construção de um contexto mais favorável às mudanças pretendidas (FEUERWERKER et al., 2000, p. 12).

Com o propósito de se firmar e de ser reconhecida enquanto ator social, visando influir nas políticas de formação em saúde, a Rede UNIDA passou a desenvolver uma agenda estratégica. Dentre as primeiras ações, empenhou-se na divulgação ampla das experiências formativas, consideradas inovadoras nos projetos membros da Rede, em eventos importantes da área da saúde e da formação profissional, com o intuito de demonstrar a necessidade e a possibilidade de mudança na formação profissional (FEUERWERKER et al., 2000).

Nesse sentido, a Rede reforçou o compromisso de efetivar a parceria entre universidade, serviço e comunidade com o objetivo de capacitar projetos no uso de novas tecnologias educacionais e de comunicação para a formação de atores nos três segmentos. Dedicou-se à construção de modelos pedagógicos, amparados em metodologias ativas, voltados à formação de recursos humanos adequados aos princípios do SUS, buscando junto às instâncias governamentais financiamento para os projetos considerados inovadores (RANGEL; VILASBÔAS, 1996).

Em 1991 a Rede UNIDA passou a investir na sua organização nacional, em fevereiro do referido ano organizou, na cidade de São Paulo, o 3º e o 4º Encontro dos coordenadores de sub-redes. Foram estabelecidas representações regionais distribuídas em três regiões, sendo Região A: Pará, Maranhão, Piauí, Ceará e Pernambuco; Região B: Minas Gerais, e Rio de Janeiro e Região C: São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso do Sul, tal organização visava permitir uma maior integração entre os projetos e experiências formativas, além de fortalecer a discussão sobre a formação dos profissionais da saúde (REDE UNIDA, 2012).

Em 1991 a Rede UNIDA perseguindo sua estratégia política produziu o documento intitulado “*Uma Contribuição das Universidades Públicas do Rio de Janeiro aos debates da IX Conferência Nacional de Saúde*”, distribuído na respectiva Conferência de Saúde realizada em Brasília. O referido documento destacava, dentre outros pontos, o papel da universidade no processo de formação dos profissionais da saúde, indicou que o esforço de construção do SUS e a efetivação dos princípios da universalidade, da descentralização, democratização e do

cuidado integral impõem uma demanda concreta para as universidades (REDE UNIDA, 1991).

[...] devem as universidades aprofundar o processo já iniciado de rediscussão do tipo de profissional de saúde que estão formando, resgatando a importância das relações pessoais e sociais com os usuários dos serviços e recriando uma prática profissional humanizada e tecnicamente adequada às necessidades da população (REDE UNIDA, 1991, p. 25).

A Rede UNIDA passou a articular-se com os vários setores/órgãos interessados em discutir e influenciar as políticas de formação de profissionais da saúde; além de ter promovido numerosas reuniões, seminários, visitas, propostas, buscando sempre envolver os Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, e outras entidades ligadas à formação de recursos humanos para a saúde.

A década de 1990 foi um momento de intenso debate acerca da organização do sistema de saúde e a reafirmação dos princípios do SUS, fundamentalmente, o princípio da universalidade e gratuidade do acesso aos serviços de saúde. O movimento da saúde, composto por intelectuais, técnicos e militantes do campo da esquerda, tencionou o debate político sobre a crise do Estado e do governo e as repercussões na organização da saúde. A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, foi um espaço importante nesse cenário de discussão e tomada de posição.

A 9ª Conferência produziu uma carta à sociedade brasileira intitulada: “Em defesa da vida e da ética: fora Collor”, que em um tom de denúncia fez uma análise sobre o desenvolvimento do governo Collor e a “tragédia sanitária” por ele promovida. O debate sobre o financiamento foi central, pois a redução dos recursos foi a evidência mais concreta da não prioridade ao setor público de saúde.

A brutal queda de investimentos na área social e o roubo do dinheiro público estão levando à morte milhares de seres humanos. O anunciado acordo com os credores internacionais, que deverá manter a sangria com o pagamento da dívida externa, agravará ainda mais esta situação (BRASIL, 1993b, p. 15).

Com relação aos recursos humanos, divulgou-se a ideia de que seria necessário e urgente o desenvolvimento de uma política nacional de recursos humanos que organizasse desde a formação até valorização dos profissionais pela oferta de planos de carreira, de cargo e de salários condizentes com as características de cada área e atuação profissional (BRASIL, 1993b).

Como resultado das ações sistemáticas desenvolvidas pela Rede UNIDA, a mesma foi convidada a assessorar o Conselho Nacional de Saúde na questão da formação de recursos humanos e a participar de espaços que debatiam os rumos da formação profissional da área. Uma das participações da Rede foi na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, na mesa redonda que debateu a temática sobre os recursos humanos (FEUERWERKER, 2002).

Além de identificar as oportunidades e espaços considerados estratégicos, nos quais a Rede se fez presente, também procurou intervir de forma concreta no cenário político, produzindo propostas visíveis que provocassem mudança na formação a partir de certos consensos defendidos pela entidade. O exemplo mais notável desse movimento da Rede UNIDA foi o trabalho em torno da proposta de diretrizes curriculares para as profissões da saúde. A entidade se destacou por articular, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Conselho Nacional de Educação, uma série de audiências públicas quando havia a eminência de serem aprovadas as diretrizes que não condiziam com as propostas defendidas pela Rede (REDE UNIDA, 2012).

Com a aprovação da LDB, Lei Federal nº 9394/96, emergiu a discussão no Conselho Nacional de Educação sobre a forma em que os currículos dos cursos superiores eram organizados. O Parecer nº 776 de 03 de dezembro de 1997, divulgador de orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, apontou que a rigidez dos currículos advinda da fixação detalhada dos conteúdos mínimos curriculares e da carga horária, não favoreceu a liberdade e a diversidade para as instituições organizarem suas atividades de ensino (BRASIL, 1997a).

Outro argumento destacava que a fixação de mínimos curriculares, de disciplinas obrigatórias, gerava uma desnecessária prorrogação dos cursos de graduação e obstaculizaria a conclusão da formação e o ingresso do profissional no mercado de trabalho (BRASIL, 1997a).

Tomando a noção de “flexibilidade” para a organização dos cursos e carreiras, o Parecer nº 776/97 apontou que o ensino superior deveria ser conduzido por Diretrizes Curriculares que teriam a tarefa de levar os cursos de graduação a:

[...] abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 1997a, p. 2).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação constituíram-se em orientações para a elaboração dos currículos que deveriam ser necessariamente respeitadas por todas as instituições de ensino superior, visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes (BRASIL, 1997a, p. 01).

Dentre os princípios que nortearam as Diretrizes Curriculares destacou-se a liberdade às Instituições de Ensino Superior na composição da carga horária e nos conteúdos dos currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com carga horária pré-determinadas, as quais não poderiam exceder 50% da carga horária total dos cursos; o incentivo à formação geral e a possibilidade de variados tipos de formação e habilitação diferenciadas em um mesmo programa; o estímulo a práticas de estudo independente, valorizando e reconhecendo conhecimentos, habilidades e competências adquiridos fora do ambiente formal de ensino; o fortalecimento da articulação da teoria com a prática e a racionalização do tempo, evitando o prolongamento da graduação (BRASIL, 1997a).

Em 10 de novembro de 1997, o MEC lançou o Edital nº 04 que convocou todas as Instituições de Ensino Superior a enviarem propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais às comissões de especialistas da Secretaria de Educação Superior (Sesu)²⁴. Além de explicitar que diretrizes teriam por objetivo servir de parâmetros para as instituições de ensino superior na organização de seus programas de formação: “[...] permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas de conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas” (BRASIL, 1997a, p. 01).

De acordo com González e Almeida (2010), a discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde foi uma oportunidade favorável à ação da Rede UNIDA, primeiro por estimular o debate que se organizava de maneira isolada nas instituições de ensino em saúde; mas fundamentalmente, por possibilitar a mobilização dos setores da saúde para que passassem a influir, de modo mais organizado, na definição do perfil profissional considerado mais adequado à sociedade.

Diante da convocação do Edital nº 04/97, a Rede UNIDA, produziu um documento denominado: *“Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação*

²⁴ O Ministério da Educação e a Secretaria de Educação Superior (SESu), ao convocar as Instituições de Ensino Superior à apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos Superiores definiu que elas seriam consolidadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área do conhecimento e enviadas à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. As Comissões de Especialistas de cada curso foram nomeadas por portarias específicas elaboradas pelo MEC-Sesu (RODRIGUES, 2005).

da área de saúde”. O documento foi encaminhado às comissões de especialistas e à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (REDE UNIDA, 1998).

O referido documento pode ser considerado um elemento estruturante das Diretrizes Curriculares Nacionais da área da Saúde, pois apresentou diretrizes gerais para a formação dos profissionais da saúde que, em grande medida, foram incorporadas pelas comissões de especialistas das áreas e na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais das graduações em saúde.

O documento elaborado e divulgado pela Rede UNIDA inicialmente apresentou, de forma prospectiva, as diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde para o século XXI e as competências e habilidades gerais que tais profissionais deveriam ser dotados:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida), tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Devem também estar capacitados a interagir e se articular com outros profissionais de saúde. Devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e Gerenciamento:** os profissionais devem estar preparados a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar preparados a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação Permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática

profissional. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (REDE UNIDA, 1998, p. 12).

A Rede UNIDA, por meio desse documento, reafirmou os princípios pedagógicos que vinham permeando a discussão da formação superior em saúde há décadas. Há a clara indicação de que para formar profissionais com as competências apresentadas seria fundamental que os projetos político-pedagógicos dos cursos da área da saúde se pautassem por currículos fundamentados no humanismo e em metodologias ativas, tendo o aluno como centro do processo de ensino e aprendizagem (REDE UNIDA, 1998).

A educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, tendo o professor como facilitador e orientador do processo. [...] e considerando também que os conhecimentos, habilidades e atitudes exigidas do profissional modificam-se rapidamente, temos que um dos objetivos de aprendizagem fundamentais do curso de graduação é o aprender a aprender (REDE UNIDA, 1998, p. 14).

O documento fez a defesa explícita de que os cursos da saúde deveriam organizar os conteúdos curriculares tomando como pressupostos o aprender a aprender e do aprender fazendo, além de priorizar as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como a forma mais adequada para formar os futuros profissionais da saúde.

Na realidade, pretende-se conjugar o enfoque pedagógico que melhor desenvolve os aspectos cognitivos da educação (aprender a aprender), com o enfoque que permite o melhor desenvolvimento das habilidades psicomotoras e de atitudes (aprender fazendo) (REDE UNIDA, 1998, p. 16).

Rodrigues (2005), ao refletir sobre o processo de reformulação curricular da enfermagem brasileira que resultou na elaboração e aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a área, registrou, por meio de sua pesquisa, que a Rede UNIDA influenciou a elaboração dos elementos centrais das Diretrizes Curriculares da área da saúde. O exemplo mais explícito foi a solicitação do então coordenador da Rede, professor Márcio Almeida, ao

Conselho Nacional de Educação, de que as competências e habilidades gerais das diretrizes curriculares da área fossem iguais a todas as graduações ligadas a área da saúde²⁵.

Pela sistematização e análise das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde aprovadas, é possível afirmar que o pedido foi atendido, pois dos 14 cursos, 11 deles: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional reproduziram na íntegra as competências e habilidades gerais sugeridas pela Rede UNIDA por meio do documento “Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde”. As informações ora apresentadas podem ser observadas no *Apêndice A* desse trabalho.

Somente as diretrizes curriculares dos cursos de Ciências Biológicas, Educação Física e Serviço Social apresentaram competências e habilidades gerais distintas das demais graduações da área da saúde (*Apêndice B*). Os motivos que ajudam a explicar o ocorrido podem estar relacionados à particularidade de cada curso, ou por possuírem campos profissionais que não estão diretamente ligados a assistência à saúde ou ainda, por terem construído processos específicos de discussão das diretrizes curriculares.

Diante do exposto fica evidente como a Rede UNIDA veio construindo a possibilidade de se constituir como articuladora das mudanças na formação em saúde, além de se tornar defensora e divulgadora de consensos teórico-metodológicos que se explicitaram nas Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde.

Todo esse trabalho em torno das diretrizes ampliou a visibilidade da Rede, favorecendo seu reconhecimento como interlocutora para as questões de formação e capacitação de profissionais de saúde, trazendo legitimidade ao movimento, criando possibilidades para continuar a mobilização em favor das mudanças (FEUERWERKER et al., 2000 p. 15).

A Rede UNIDA deu continuidade à mobilização em favor das mudanças na formação profissional em saúde, tão logo foram aprovadas as suas primeiras diretrizes curriculares, já em 2002, a entidade passou a apoiar o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED).

²⁵ Como apresentado na primeira seção do presente trabalho, os cursos de graduações ligados à área de saúde, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 287, de 08 de outubro de 1998, são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998a).

3.1.4 PROMED: a gênese da indução de mudanças na formação dos profissionais que atuam na saúde.

A partir de 2002, percebe-se um esforço do Ministério da Saúde em atender a seu papel constitucional de ordenador da formação de recursos humanos na área da Saúde. De acordo com a Constituição Federal de 1988, no capítulo que se refere à seguridade social, na seção da saúde, o artigo 200 destaca que ao Sistema Único de Saúde, compete, além de outras atribuições, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde coordenou com o Ministério da Educação, o Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares de Medicina - PROMED, Programa que representou uma iniciativa institucional de reorientação da formação médica.

O PROMED articulou-se ao movimento de mudança de paradigma na formação superior dos profissionais de saúde que, de forma estratégica se efetivou por meio de políticas e programas de governo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Cabe destacar, que a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) influenciou a elaboração do PROMED, pois as mudanças sugeridas basearam-se em estudo realizado pela comissão acerca da formação dos profissionais de medicina (BRASIL, 2002j).

A CINAEM foi uma iniciativa que emergiu em 1991, congregando 11 entidades²⁶ ligadas ao ensino e a prática de medicina. A razão inicial que levou a constituição da CINAEM foi à posição contrária ao movimento que defendia o exame de ordem, exame que propunha verificar a qualificação técnica necessária ao exercício profissional, ao qual os estudantes de medicina recém-formados deveriam ser submetidos. Gallo (1996) apontou sérias críticas à avaliação da formação promovida por um exame ao final do curso, com a possibilidade do recém-formado não poder exercer a profissão. “[...] essa proposta culpabiliza aqueles que tinham sido as vítimas do processo, além de não ter impacto significativo sobre os fatores efetivamente responsáveis por sua não qualificação (GALLO, 1996, p. 139)”.

A defesa em estabelecer um exame para os recém-graduados revelou que parte da categoria da medicina associava-se à ideia de que os problemas no campo da assistência à

²⁶ As entidades vinculadas a CINAEM foram: Academia Nacional de Medicina; Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Nacional de Médicos Residentes; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Federação Nacional dos Médicos e Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (GALLO, 1996).

saúde resultavam da atuação de médicos mal formados. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) propôs um exame de fim de curso, tal proposta foi regulamentada pela Resolução CREMESP nº 34 de 19 de fevereiro de 1990, que indicava como requisito central para a inscrição no referido Conselho profissional a realização do exame (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1990).

A posição do Conselho Regional de Medicina de São Paulo foi apoiada por outras entidades tais como a Associação Paulista de Medicina (APM), a Associação Médica Brasileira, a Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS). Apesar disso, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)²⁷ apresentou uma posição divergente das demais entidades. Em congresso da associação realizado em Cuiabá, em 7 a 11 de outubro de 1990 foi elaborado um documento que publicizou o repúdio ao exame da ordem e a necessidade de criar um fórum nacional de ensino médico para a reflexão sobre as escolas médicas e o ensino oferecido por elas. Desse cenário emergiu a CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. (CRUZ, 2004; SIQUEIRA, 2006).

Logo depois de criada, a CINAEM desenvolveu um projeto realizado em três fases: a primeira foi um estudo sobre a situação das escolas brasileiras, o qual utilizou um questionário, originalmente elaborado pela OPAS, para fazer o mesmo diagnóstico em escolas latino-americanas. O instrumento de avaliação previa questões sobre a estrutura política e econômico-administrativa das escolas, além da infraestrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa (FEUERWERKER, 2002).

A segunda fase do projeto relacionava-se ao perfil do médico formado, ao corpo docente e ao modelo pedagógico. Nessa fase, além da pesquisa, foram desenvolvidas oficinas de formação aos docentes e discentes. A terceira fase teve início em 1998, e foi denominada “transformação do ensino médico no Brasil”, visando a adequação na formação profissional frente as necessidade de saúde da população (BRASIL, 2002).

²⁷ A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi fundada em 21 de agosto de 1962, no início de suas atividades oportunizou a troca de experiências entre as diversas escolas e a formação de professores em técnicas didáticas, além de divulgar a Pedagogia Médica. Sua missão, de acordo com o site da associação, é a de desenvolver a educação médica visando à formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Visa ser reconhecida como principal protagonista de melhorias na educação médica brasileira, representante de seus associados, influenciando as políticas públicas de educação e saúde. A ABEM desempenhou, ao longo dos anos, papel de destaque: Legitimou a criação da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina; influenciou, por meio da criação da Comissão de Ensino Médico junto ao Ministério da Saúde, a suspensão, nas décadas de 1960 e 1970, de novas autorizações de aberturas de escolas de medicina; Divulgou o discurso da integração docente-assistencial, além de outras iniciativas como o apoio a construção da CINAEM (Dados disponíveis no site da ABEM: <http://www.abem-educmed.org.br/sobre_abem.php>. Acesso em: 15 jun. 2012).

Como resultado do estudo a Comissão concluiu que havia uma inadequação na formação: os recém-formados em medicina, no Brasil, dominavam apenas metade dos conhecimentos que deveriam possuir ao final da graduação; a residência médica foi incorporada com uma continuidade natural da graduação, já que dois terços dos médicos que se formam ingressam na residência a fim de obter especialização, número que tem sido ampliado nos últimos anos. Identificou-se também que o paradigma do processo de ensino-aprendizagem era inadequado por ter o professor como centro nesse processo²⁸ (BRASIL, 2002i).

Com base nas conclusões da CINAEM e com o intuito de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina, em 26 de março de 2002 foi lançado o Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 610 (BRASIL, 2002i).

O Programa Nacional tinha os seguintes objetivos:

- I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;
- II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;
- III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;
- IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;
- V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada (BRASIL, 2002i, p. 1).

Dentre as prioridades do PROMED, a que mais se destacou foi a de direcionar a formação dos profissionais da medicina para a Atenção Básica, como condição para efetivar o SUS. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família (PSF), base da assistência passou a ser considerado elemento central na discussão de iniciativas de mudança curricular da formação na área. Vale destacar que a demanda à adequação da formação de profissionais da saúde para a Atenção Básica já vinha sendo anunciada desde a Conferência de Alma Ata, realizada em

²⁸ Para aprofundar a reflexão acerca das ações da CINAEM quanto ao processo de avaliação das escolas médicas no Brasil, ver: CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004 e GALLO, Edmundo. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. **Cadernos FUNDAP** - Fundação para o Desenvolvimento Administrativo. São Paulo: FUNDAP, n. 19, p. 131-152. jan./abril.1996.

1978. Em documento do Ministério da Saúde, que orientou a proposta do PROMED é possível verificar a questão destacada:

Por sua vez, o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2001a, p. 2).

Para a efetivação dos objetivos do Programa, as escolas médicas, interessadas em participar do PROMED apresentaram o denominado Projeto de Mudança Curricular de Medicina (PMC), que deveria ser aprovado pelo colegiado do curso e firmado por seu dirigente máximo. O documento deveria atender critérios e normas estabelecidos no Programa, sendo necessária ainda uma carta de compromisso da secretaria municipal e/ou estadual de saúde com a qual a escola pretendia trabalhar em parceria.

Para o desenvolvimento das mudanças curriculares e de acordo com documento orientador do PROMED, três eixos deveriam ser contemplados nos projetos: Eixo A: orientação teórica; Eixo B: abordagem pedagógica; Eixo C: cenários de prática. Tais eixos se coadunavam às tendências de mudanças dos processos de educação médica em todo o mundo. Contudo, o próprio documento advertia que: “Assume-se que uma formatação como essa corre o risco de promover simplificações, mas ao mesmo tempo é necessário que se emule um projeto que dê direcionalidade ao processo de mudança” (BRASIL, 2001a, p. 5).

Cada eixo era composto de dois vetores, que norteavam e davam direcionalidade à construção dos Projetos de Mudança Curricular de Medicina. Em cada um dos vetores fazia-se uma tipificação das escolas em três estágios, que partiam de uma situação considerada mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação objetivo desejada.

No Eixo A, os vetores eram: 1) produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS e 2) pós-graduação e educação permanente; no Eixo B, os vetores referiam-se a: 1) mudança pedagógica e 2) integração ciclo básico/ciclo profissional e no Eixo C, os vetores relacionavam-se a: 1) diversificação de cenários do processo de ensino e 2) abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS (BRASIL, 2001a).

Quanto à abordagem pedagógica indicada como definidora da formação dos profissionais da saúde, fica explícito, como o PROMED incorporou os pressupostos de

ensino-aprendizagem considerados inovadores pelo campo da formação em saúde. Mais uma vez há a avaliação de que a formação em saúde ampara-se no modelo tradicional de educação, de que o currículo disciplinar estava ultrapassado sendo, portanto, necessário a implementação da integração curricular, sem precedência cronológica do ciclo básico e sem estruturação em disciplinas e de modelos pedagógicos mais interativos, bem como, a adoção de metodologias ativas de ensino centradas no aluno e no professor como facilitador do processo de construção do conhecimento (BRASIL, 2001a).

O diagnóstico feito pelo grupo que produziu o PROMED enfatizou que o problema da formação superior na medicina e, conseqüentemente, nos demais cursos da saúde, era de cunho pedagógico, expresso pela inexistência de currículos mais flexíveis; pela falta de relações pedagógicas menos convencionais/formais e da utilização de metodologias de ensino tradicionais. O referido diagnóstico negligenciou outros problemas que a educação superior brasileira passava no início dos anos 2000, expressos pelo processo de precarização desse nível de ensino; pela concentração do ensino por área de conhecimento e fundamentalmente da isenção do Estado quanto à oferta e manutenção do ensino superior público e gratuito (SGUISSARDI, 2006).

As escolas que construíram os Projetos de Mudança Curricular de Medicina os enviaram à comissão de análise dos projetos, no período de 27 de março a 26 de abril de 2002 e a divulgação do resultado foi em 03 de maio de 2002. De acordo com Siqueira (2002), membro da comissão de avaliação das propostas, 48 Projetos foram encaminhados, dos quais mais de 30 tinham condições de aprovação, contudo foram selecionados 20 escolas²⁹, sendo 10 por distribuição regional e 10 por mérito. Ao final participaram do PROMED 19 escolas médicas.

O investimento financeiro do PROMED foi de 8 milhões de reais até o ano de 2003, na primeira etapa do projeto as escolas receberam recursos de acordo com cada projeto apresentado. As verbas deveriam ser aplicadas na contratação de consultores, realização de

²⁹ A Portaria GM nº 2126, de 25 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002k) homologou o resultado do processo de seleção das escolas médicas que se candidataram e divulgou a relação das instituições selecionadas, sendo elas: Universidade Federal de Goiás (UFG); Fundação Universidade de Pernambuco (UPE); Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Federal de Roraima (UFRR); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Universidade Federal Fluminense (UFF); Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP); Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA); Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (BRASIL, 2002k).

oficinas, requalificação de professores e compras de material de ensino para viabilizar a execução dos projetos (BRASIL, 2002).

O PROMED previu que os planos financeiros semestrais de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) fossem executados em 3 anos. Para se inscrever no programa cada IES deveria apresentar uma proposta técnica e uma proposta financeira que seriam avaliadas por uma comissão (BRASIL, 2002).

O PROMED pode ser considerado a expressão oficial do movimento de mudança da formação em saúde, que vinha se desenvolvendo no país, influenciado pelo movimento mundial que ganhou força com o apoio de entidades internacionais como a OPAS, a OMS, a Fundação Kellogg e entidades nacionais como a Rede UNIDA e associações profissionais. Além disso, também pode ser entendido com uma das primeiras realizações oficiais da estratégia da Rede UNIDA em tornar-se ator político com “poder e governabilidade” no sentido de intervir de forma concreta no cenário das políticas públicas de formação de recursos humanos em saúde (FEUERWERKER; KALIL; BADUY, 2000).

A questão apresentada acima pode ser constatada em documento elaborado em oficina de trabalho da Rede UNIDA realizada em Curitiba, nos dias 23 e 24 de março de 2002, intitulado: “*Agenda estratégica da Rede UNIDA para 2002-2003: impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS*”. O referido documento fez análise das políticas de saúde e das políticas de formação de profissionais da saúde vivenciadas naquele momento histórico, bem como divulgou a agenda estratégica da Rede UNIDA.

Uma das principais estratégias referia-se à implementação e o fortalecimento das mudanças na formação profissional, indicando as ações a serem apoiadas, incentivadas pela entidade.

Dentre as principais ações destacava-se o estímulo à ampliação da proposta do PROMED para as demais profissões da saúde:

É necessário priorizar o apoio às mudanças na graduação com base nas diretrizes curriculares, mobilizando todos os recursos disponíveis no sentido de facilitar, estimular e orientar as mudanças contemplando todas as profissões da saúde.

[...]

A Rede deve realizar atividades dirigidas a todas as escolas e a todas as profissões da saúde, ampliando a experiência que vai ser desenvolvida no apoio às escolas de medicina que estarão participando do PROMED (REDE UNIDA, 2002, p. 89-90).

É nítido o esforço da Rede UNIDA em propor novas alternativas à formação. O exemplo mais notório é a sugestão da ampliação do PROMED, estratégia assumida pela Rede em 2002, fato que se concretizou em 2005, por meio do lançamento pelo governo federal do Pró-Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

A Rede UNIDA, principalmente no início dos anos 2000, se colocou no papel de definidora e indutora no cenário político de mudança da formação profissional em saúde, atuando em diferentes frentes, no sentido de mobilizar atores e instituições não só no plano de criar condições favoráveis para as mudanças desejadas, mas de implementar as mudanças na formação e no modelo de atenção à saúde.

O movimento produzido pela Rede UNIDA, por meio do PROMED, tornou-se difusor da ideia de que a solução dos problemas de saúde da população passaria mais pela inovação do processo de formação dos profissionais que atuam na área da saúde, ignorando que os problemas de saúde da população não são exclusivamente resultado da má formação dos seus profissionais, mas sim, da inexistência de acesso aos serviços e a cuidados à saúde.

Sem menosprezar a importância da formação dos profissionais quanto à melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, é fundamental compreender que mais do que ter a formação é necessário ter condições concretas para resolver os problemas de saúde. Não será suficiente um profissional bem formado se não houver uma estrutura que proporcione uma atuação qualificada. Na ausência de uma discussão sobre os elementos determinantes envolvidos na assistência à saúde da população, como as consequências do modelo assistencial adotado e da questão do financiamento, a formação profissional tem assumido, no campo do discurso, a tarefa de transformar, quase que automaticamente os problemas do sistema de saúde. O sistema de saúde passa por determinantes estruturais que vão além de possíveis medidas educacionais.

3.1.5. As Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde e o debate sobre a formação profissional na área pelo movimento da Reforma Sanitária

A discussão sobre a temática da formação dos profissionais em saúde acompanha os debates da organização dos modelos de atenção à saúde. Nesse sentido, é possível identificar diferentes espaços de reflexão que culminaram em propostas, legislações e experiências de formação ao longo da trajetória da organização do setor de saúde no Brasil. Desde as

primeiras Conferências Nacionais de Saúde³⁰, realizadas desde os anos de 1940, a temática sobre a questão de recursos humanos para a área, sua formação e perfil fizeram-se presentes nos debates e relatórios finais³¹.

O debate sobre propostas, programas e políticas de saúde e de formação de profissionais ganhou maior consistência na década de 1970, no período final do regime militar. Como antes registrado, as discussões sobre a formação dos profissionais ligados à saúde já estavam sendo realizadas anteriormente a esse período, mas não com a mesma força que passou a ganhar nesse momento (CONTERNO; RODRIGUES, 2012).

As Conferências Nacionais de Saúde realizadas nesse contexto, final da década de 1970 e década de 1980, passaram a dedicar maior atenção à temática da formação de profissionais a qual passou a ter conferências específicas.

Em março de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, constituindo-se em um marco na história da organização do sistema de saúde brasileiro. Foi a primeira Conferência a ser aberta à sociedade, trouxe para o debate as proposições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual sugeria a construção de uma política de saúde democrática que visasse de fato a melhoria das condições de vida da população. Um dos elementos mais importantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o consenso obtido em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS; a interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foram outras importantes definições feitas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, um dos maiores legados da referida conferência foi ter construído as bases para a seção *Da Saúde* da Constituição Federal Brasileira de 5 de outubro de 1988, que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1993a).

³⁰ As Conferências Nacionais de Saúde são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do sistema de saúde e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos três níveis de governo. Foram instituídas em 1937, pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, pelo então Ministério da Educação e Saúde Pública. As Conferências Nacionais contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e, atualmente, são realizadas a cada quatro anos. Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional. A última Conferência Nacional de Saúde foi a 14ª e ocorreu entre os dias 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, em Brasília (Informações obtidas no site do Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>. Acesso em: 24 mai. 2011).

³¹ Para aprofundar o entendimento acerca de como a temática sobre a formação de profissionais foi inserida e discutida nas Conferências Nacionais de Saúde no Brasil ver: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos RH saúde - A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992**. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 1993 (BRASIL, 1993a).

Carvalho (1995), ao discutir sobre a possibilidade de participação e controle social da saúde por meio dos conselhos populares, afirma que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque o poder executivo brasileiro jamais convocou a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda naquele momento. “Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais” (CARVALHO, 1995, p. 53).

Outro aspecto inédito se evidenciou pela participação e respaldo social e político que as propostas para o setor de saúde tiveram com a realização da 8ª Conferência. Segundo Carvalho (1995), esse aspecto permitiu o desenvolvimento do movimento reformador da saúde e a inscrição de um novo arcabouço jurídico do país expresso pela Constituição Federal promulgada em outubro de 1988.

Há que se destacar que o Movimento da Reforma Sanitária foi fundamental para o desfecho inédito da 8ª Conferência. O Movimento da Reforma teve origem nos primeiros anos da ditadura militar no Brasil, quando do fechamento de quase todos os canais de expressão política, nesse contexto a universidade, mais especificamente, os departamentos de medicina preventiva tornam-se redutos de contestação das políticas emanadas do governo autoritário (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995).

O Movimento da Reforma Sanitária, apesar de ter sua origem marcada na academia, não se limitou a esse espaço. Faleiros et al (2006), ao retomar a trajetória do movimento da construção do SUS por meio de depoimentos de personalidades que se destacaram como formuladores, mobilizadores e defensores do ideário da reforma sanitária, recupera, em entrevista com José Carvalho de Noronha³², as marcas político-ideológicas desse movimento. Segundo o entrevistado o Movimento da Reforma foi um evento singular na história da América Latina, porque teve relação com a luta contra a ditadura militar e a luta pela redemocratização do país, com uma forte participação do PCB.

Ao longo da década de 1979 ocorreu a aglutinação de intelectuais e lideranças dado que politizou o debate da saúde no Brasil e tornou-se uma das principais marcas do Movimento da Reforma Sanitária. Dentre os intelectuais que tinham militância partidária,

³² José Carvalho de Noronha é Médico; Sanitarista; Doutor em Saúde Coletiva (IMS/Uerj); Secretário de Medicina Social do Inamps (1986-1988); Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1988-1990); Presidente da Abrasco (2000-2003); Professor adjunto aposentado do IMS/Uerj; Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz (FALEIROS et al., 2006).

destacaram-se David Capistrano Filho³³ e Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz e, não casualmente, mais tarde presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esses intelectuais, dentre outros, que sustentaram o Movimento Sanitário Brasileiro referendavam-se na experiência da Reforma Sanitária italiana³⁴ e nas reflexões de Giovanni Berlinguer³⁵.

Berlinguer entendia a Reforma Sanitária Italiana como uma luta social, na qual a assistência à saúde deveria ser universalizada e ofertada gratuitamente; a participação popular deveria ser ampliada para o estabelecimento democrático dos poderes no campo da saúde; a prioridade deveria ser a prevenção das doenças; a programação dos serviços de saúde seria um esforço político importante para evitar arbitrariedades em relação às áreas/regiões que requerem maior atenção do poder público; e por fim, a qualificação técnica-científica dos profissionais que teriam o papel de viabilizar a reforma sanitária (BERLINGUER, 1988).

As ideias de Giovanni Berlinguer reforçaram o discurso crítico e a elaboração de propostas reformadoras em saúde no Brasil que culminaram na 8ª Conferência Nacional, a

³³ David Capistrano da Costa Filho, ou David Capistrano foi um dos mais importantes sanitaristas da história contemporânea brasileira. David nasceu em Recife (PE) no dia 7 de julho de 1948. Filho do deputado David Capistrano, um dos fundadores do Partido Comunista Brasileiro e de Maria Augusta, que viviam na clandestinidade quando David nasceu. Passou os seus primeiros anos na clandestinidade junto dos pais, vivendo em diversas cidades do Rio Grande do Sul. Em 1962, Capistrano se inicia na política, participando do círculo estudantil comunista no Colégio Estadual de Pernambuco, cidade na qual passou a morar com a família. Com a ditadura militar iniciada em 1964, seus pais tiveram que viver novamente na clandestinidade. O pai acabou sendo considerado "desaparecido", e nunca mais se teve notícias de seu paradeiro. Sua mãe, também comunista, foi presa. Após 1964, intensifica a atuação política, rearticulando o setor secundarista, publicando jornais, fazendo pichações e panfletagens e participando das discussões internas do PCB, em torno da interpretação dos eventos de 1964 e dos rumos a seguir na nova conjuntura política. Formou-se médico sanitaria pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. David teve importante contribuição em projeto contra-hegemônico na área da saúde, que culminou na Reforma Sanitária e no estabelecimento do SUS no Brasil. No início da década de 1980, David e seus colaboradores mais próximos, influenciados pelas Greves de São Bernardo de 1978, começam a discordar dos métodos e orientações do comitê central do PCB, rompendo com o mesmo em 1983, quando é afastado pelo comitê central do PCB com a maioria da cúpula estadual do partido. Em 1986, juntamente com outros comunistas dissidentes de São Paulo, filia-se ao Partido dos Trabalhadores, pelo qual foi eleito como prefeito de Santos em 1993. David Capistrano faleceu em 10 de novembro de 2000. Em vida, foi homenageado por várias entidades, universidades e eventos políticos e científicos que destacaram o reconhecimento à sua luta e contribuição à saúde pública brasileira (ALTMAN, 2001; MELO, 2001).

³⁴ Para aprofundar a reflexão sobre a Reforma Sanitária Italiana e sua influência no Brasil ver: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988 e TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 2. ed, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

³⁵ Giovanni Berlinguer nasceu em 09 de julho de 1924 na Sardenha, Itália. Desde cedo foi militante do Partido Comunista Italiano (PCI), tornando-se uma figura importante do partido. Formou-se como médico e especializou-se em medicina social. Foi professor nas universidades de Sassari, Sardenha e na Universidade La Sapienza, localizada em Roma. É considerado um dos grandes intelectuais no campo da saúde, seu posicionamento político esteve sempre articulado à sua produção acadêmica. Foi eleito como deputado do PCI, por duas legislaturas e, senador em 1983 e 1987. Berlinguer foi protagonista e relator da Reforma Sanitária Italiana, que possibilitou a criação do Sistema Nacional de Saúde naquele país. Suas ideias influenciaram gerações de sanitaristas no mundo inteiro e no Brasil de forma mais particular os militantes do Movimento da Reforma Sanitária (CORREIA, 2011).

qual sustentou a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, propondo a instituição de um Sistema Único de Saúde alicerçado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização, participação e controle social.

A efetivação na prática do ideário produzido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, das recomendações e do arcabouço teórico divulgado na 8ª Conferência e dos princípios e diretrizes do SUS é ainda uma tarefa atual a ser realizada. Como analisado por Campos (1992), o Sistema Único de Saúde ainda é um desafio, mais uma possibilidade do que uma realidade.

Ao longo das últimas décadas, o Sistema de Saúde acompanhou as redefinições político econômicas da sociedade brasileira e, como política pública de saúde, não deixou de ser afetada pelas transformações da década de 1990, principalmente no que se refere à redefinição do papel do Estado no oferecimento de políticas sociais. Assim, o SUS ainda é considerado um projeto em construção. Sua defesa exige clareza quanto ao seu entendimento o que indica a compreensão do sistema como aquele que oferece serviços integrais abrangendo desde ações de atenção primária, tratamento, recuperação e reabilitação (CAMPOS, 1992).

Sob orientação geral do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a temática acerca da formação profissional em saúde ganhou maior destaque e o debate foi aprofundado na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada entre os dias 13 a 17 de outubro de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e pela OPAS.

Naquele momento, a discussão e os encaminhamentos políticos acerca dos recursos humanos eram feitos pela Secretaria de Recursos Humanos, estrutura ligada ao Ministério da Saúde. O evento teve por tema central a “Política de recursos humanos rumo à reforma sanitária” e se constituiu em fórum privilegiado de debate da problemática específica, em continuidade a discussão realizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo ano.

Os principais pontos discutidos na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde foram: recrutamento e seleção de pessoal; preparação e formação de pessoal; concurso; plano de cargos e salários, isonomia salarial; avaliação de desempenho; direitos trabalhistas; escolha dos cargos de chefias. Segundo o relatório final da Conferência não haveria como pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões, pois elas eram um dos pontos de maior resistência às mudanças propostas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1993a). Percebe-se que o diagnóstico feito pela I Conferência Nacional de

Recursos Humanos para a Saúde acerca dos problemas que envolviam os profissionais não se limitou somente a formação destes, mas as condições de atuação profissional junto ao sistema de saúde.

Quanto à preparação e formação de profissionais de saúde, a Conferência debateu a necessidade de efetivar a articulação entre o setor educacional e instituições de serviços indicando de forma incisiva que: “o setor educacional, historicamente, não tem respondido às necessidades de profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços” (BRASIL, 1993a, p. 159).

A conferência recomendou a articulação interinstitucional para a criação de uma política de formação de recursos humanos com vistas à reforma sanitária, por meio da criação de comissões ou grupos de trabalhos constituídos por representações de vários órgãos dos setores de saúde, educação e trabalho. “Propõe-se também que o setor saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional” (BRASIL, 1993a, p. 160).

Quanto ao ensino de graduação das profissões em saúde, a Conferência partiu do diagnóstico de que as instituições de ensino superior tinham uma estrutura complexa, autoritária e burocrática, além de sofrerem um processo de sucateamento tanto nos planos físicos, quanto na prática didático-pedagógica, em que:

As modificações propostas têm se restringido a mudanças curriculares, conduzidas superficialmente, baseadas na troca de nomes de disciplinas, sem mudanças de programas ou de práticas pedagógicas, na sua maioria conduzidas de forma autoritária (BRASIL, 1993a, p. 162).

Dentre as recomendações da Conferência, para a formação profissional em nível superior, destacou-se a ideia de que a educação superior deveria ser pública e gratuita; o processo educativo deveria “iniciar e terminar na sociedade”, ou seja, a formação universitária deveria estar em sintonia com as necessidades da sociedade e esta deveria ter mais controle do produto final das Instituições de Ensino Superior. Recomendou-se ainda que a saúde deveria ser apresentada como resultado de um processo de determinação social, abandonando o foco meramente biológico e, portanto devendo ser abordada multiprofissionalmente (BRASIL, 1993a).

Foi proposto também que as IES possibilitassem o contato precoce do aluno da área da saúde com o objeto da saúde, com o homem plenamente social, além de promover mudança

na sua prática pedagógica. O ensino dos profissionais para a saúde deveria sair do hospital, enquanto único espaço formador, além de:

[...] preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário, que valorize o trabalho multiprofissional e a atuação do pessoal de nível médio e elementar. Faz-se mister também que compreenda a especificidade das ações e a necessidade da não monopolização do conhecimento, que participe da educação continuada e procure pesquisar o objeto e as condições de sua prática profissional (BRASIL, 1993a, p. 163).

A Integração Docente-Assistencial (IDA), estratégia oriunda dos movimentos de reforma do ensino de medicina foi apresentada como um instrumento importante para reorganizar os serviços; para a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); para aproximar o ensino da realidade social alterando significativamente, tanto a forma de prestar serviços de saúde, quanto as práticas das instituições de ensino (BRASIL, 1993a).

Dentre as diretrizes apontadas para operacionalizar a estratégia de IDA, indicou-se a necessidade de reformar os currículos e implantar novas práticas pedagógicas nas IES.

O relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde enfatizou que:

[...] as propostas e recomendações votadas e aprovadas nesta Conferência constituam os pressupostos básicos da Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, e que a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde apóie de forma efetiva o desenvolvimento de RH em nível das unidades federadas, para que se respeite as deliberações desta Conferência, em função das mudanças de governo (BRASIL, 1993a, p. 172).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde cumpriu o papel de consolidar as análises até então realizadas da temática, detalhar e propor a agenda para o movimento da reforma sanitária referente às políticas de desenvolvimento de recursos humanos para o setor saúde; apontar que os conteúdos trabalhados nos diferentes níveis de formação deveriam ser estabelecidos considerando as necessidades do SUS, oportunizando a realização de diferentes experiências nos campos de atuação do sistema. “Na realidade, o Relatório daquela Conferência passou a ser, a partir de então, a referência, o ponto de partida, para as discussões e produções técnico-científicas da área (BRASIL, 1994, p. 3)”.

Ao final da década de 1980, após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, parece haver, por parte do setor saúde, uma preocupação mais sistematizada com o processo de formação escolar dos profissionais que atuavam na saúde, principalmente porque o Sistema

Único de Saúde estava em processo de implementação. Vários diagnósticos e sugestões foram produzidos sobre a temática, em espaços organizados em que se discutiam as questões mais gerais da saúde.

A temática sobre a formação e atuação de recursos humanos na saúde no Brasil tem sido debatida desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941. Segundo estudo divulgado pelo Ministério da Saúde, denominado: *“A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992”*, de novembro de 1993, é possível distinguir, no período da 1ª até a 9ª Conferência Nacional de Saúde, três momentos ou etapas distintas nas quais a temática foi abordada. O primeiro momento refere-se ao período de 1941-1963 (1ª a 3ª Conferências). Nas primeiras três Conferências Nacionais de Saúde a questão sobre recursos humanos para a saúde centrou-se na formação escolar das várias categorias profissionais tendo a figura do médico como protagonista da atenção à saúde, além disso, discutiu-se o preparo e aproveitamento do pessoal técnico na área. O segundo momento foi identificado de 1967 a 1980 (4ª a 7ª Conferências), período em que o país passava pelo regime militar, sendo o aparato estatal controlado pela lógica burocrática autoritária. Os recursos humanos se constituíam em um instrumento decisivo da política desenvolvimentista, articulando a formação de recursos humanos com a Teoria do Capital Humano³⁶. Nesse período houve a expansão do ensino superior na área da saúde, principalmente a criação de escolas e faculdades de medicina. O diagnóstico produzido, nessa etapa, foi que a formação de profissionais para atuarem na área não estava orientada para a solução dos problemas de saúde do país. Por último a terceira etapa, de 1986 a 1992 (8ª e 9ª Conferências), influenciada pelo clima político estabelecido pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde caracterizada pelo lema “democracia é saúde”, trouxe ao debate elementos não só ligados à qualificação/preparo dos profissionais ligados à área da saúde, mas também as condições de atuação profissional; a valorização e organização dos trabalhadores em saúde.

Em resposta à expressa recomendação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada

³⁶ A Teoria do Capital Humano está ligada à produção de Theodore W. Schultz, professor do departamento de economia da Universidade de Chigago, em meados dos anos 1950. Nessa teoria, a educação é considerada como fundamental para produzir o capital humano, sendo a educação escolar o instrumento para gerar conhecimentos e atitudes necessárias à capacitação dos indivíduos para o trabalho. A educação escolar, a formação, seria um dos fatores que produziria desenvolvimento econômico e social. Segundo Frigotto (1993), a Teoria do Capital Humano se ampara na ideia de que o investimento nos indivíduos seria um dos determinantes básicos para o aumento da produtividade e elemento de superação do atraso econômico. Do ponto de vista macroeconômico, constitui-se no fator explicativo das diferenças individuais de produtividade e de renda e, conseqüentemente, de mobilidade social.

em 1992³⁷, ocorreu, um ano depois, a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde com o intuito de aprofundar a análise de diversos aspectos sobre a temática específica. O tema central da Conferência foi: “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”.

O debate central sobre a temática Recursos Humanos, ocorrido na 9ª Conferência Nacional de Saúde, foi em torno da necessidade de um profissional diferente daquele que as escolas vinham formando, por esse motivo reforçou-se a proposta de que seria necessário que os cursos de formação tivessem contato precoce com os campos da prática e que os currículos privilegiassem uma formação mais geral, capacitando os futuros profissionais para o trabalho em equipe.

Garantir a Universidade pública, gratuita, autônoma, democrática e sem fronteira e estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS. Para tanto, é necessária a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços, suas funções de ensino, pesquisa e extensão com o projeto de implementação do Sistema Único, assegurando-se a existência de mecanismos de avaliação contínua do ensino em saúde; [...] Garantir a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral (BRASIL, 1993b, p. 32).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, partiu da denúncia de que a situação dos serviços de saúde e as práticas profissionais estavam caóticos e comprometiam a própria ideia do SUS, fragilizando os seus apoios e suporte de sustentação, sendo urgente a valorização estratégica da área de formação profissional, como imperativo, no sentido de efetivar os princípios de Sistema de Saúde. “[...] há um círculo vicioso entre o SUS e a sua política de recursos humanos, em que a viabilidade de um depende da efetividade da outra e vice-versa” (BRASIL, 1994, p. 6).

Como ações essenciais, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, apontou como urgente, a regulamentação do artigo 200, inciso III, da Constituição Federal que delegou ao SUS, a competência de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde; de revisar a Lei de exercício profissional de todas as profissões da saúde para adequá-las as demandas e necessidades de saúde das populações e da implementação do SUS; integração entre as instituições formadores de recursos humanos e os serviços de saúde como forma de

³⁷ É importante destacar que com a aprovação da Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ficou estabelecido que as Conferências Nacionais de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela Presidência da República ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b). Antes da aprovação dessa Lei não havia uma regularidade quanto ao período de realização das Conferências Nacionais de Saúde.

viabilizar a efetiva participação do SUS na ordenação dos processos de formação (BRASIL, 1994).

Dentre as propostas relativas às políticas de formação de profissionais de nível superior, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde defendeu a universidade pública como espaço de formação e de articulação com o SUS, bem como, seu comprometimento efetivo com o processo da reforma sanitária e o modelo assistencial decorrente:

Resgate do papel das Universidades enquanto centros de formação e de produção de conhecimento, devendo-se direcionar a pesquisa para a realidade social, na tentativa de superar a dicotomia ainda existente entre Universidade e a realidade vivenciada pelas comunidades e entre a Universidade e o mundo do trabalho (BRASIL, 1994, p. 28).

Além disso, reforçou a necessidade de revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área da saúde, superando a dicotomia entre teoria e prática, ciclos básicos e profissional, afirmando-os na interdisciplinaridade, na multidisciplinaridade e na articulação ensino-serviço, tendo a realidade epidemiológica e demográfica da região como eixo do processo. As recomendações da II Conferência Nacional de Recursos Humanos indicaram conteúdos e disciplinas a serem incluídas na formação superior dos profissionais:

[...] valorização, na formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior, dos conhecimentos historicamente produzidos e acumulados pela humanidade, incluindo: conceito ampliado de saúde, ética e cidadania; epidemiologia; sociologia; antropologia; organização de serviços de saúde; vigilância a saúde; desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde; prática não convencionais; as relações sociais de gênero; o processo de trabalho em saúde (BRASIL, 1994, p. 27).

Os dados apresentados permitem constatar como a formação dos profissionais de saúde foi sendo sistematizada ao debate da implantação do SUS. No decorrer da década de 1990 e início dos anos 2000 os vários eventos ocorridos na área da saúde reforçaram tal articulação tendo proposições encaminhadas para a efetivação de políticas e programas oficiais referentes à formação de profissionais da saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, especificamente quanto ao tema “*Recursos Humanos para a Saúde*”, defendeu a implantação de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, devendo essa ser: [...]

permanentemente rediscutida e deliberada com os Conselhos de Saúde, tanto no que refere ao caráter como no modo de implementação [...]” (BRASIL, 1998b, p. 61).

Destacou como urgente a elaboração de Norma Operacional Básica³⁸ de Recursos Humanos com princípios que regulassem e unificassem a ação e a relação das esferas de governo e trabalhadores no âmbito do SUS, com a definição de uma agenda de prioridades para a implantação dessa política.

No decorrer da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, foi aprovado o texto final do Norma Operacional Básica de Recursos Humanos denominada: “*Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)*”. O relatório da referida Conferência explicitava a necessidade de:

Regulamentar e implementar a NOB de RH para o SUS, criando diretrizes nacionais que devem ser discutidas e apreciadas pelo Conselho Nacional de Saúde no 1º semestre de 2001, e implementadas no prazo máximo de UM ano. Implantar, pela via legal, as mesas de negociação estaduais e municipais no âmbito do SUS. A NOB/ RH/SUS deve regular também os trabalhadores do setor contratado pelo SUS, inclusive aqueles dos serviços contratados por organizações da sociedade civil de interesse público (outro nome das organizações sociais) (BRASIL, 2001e, p. 153).

Em 04 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 330, que aplicou “*Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)*” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, além de publicar e divulgar nacionalmente o inteiro teor do citado documento. Na mesma data, o então ministro da saúde, Humberto Costa, homologou a referida Resolução do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005a).

O documento que apresentou a NOB/RH-SUS foi estruturado em sete partes distintas: a) Fundamentação; b) Conceitos Básicos; c) Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS; d) Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS; e) Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS; f) Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS e g) Anexos (legislações).

³⁸ Norma Operacional Básica (NOB) constitui-se em instrumento normativo infralegal, instituída por meio de portaria ministerial e define as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir responsabilidade no processo de operacionalização do SUS. Desde o início de construção do SUS, foram publicadas cinco NOBs, sendo: três referentes ao processo de implantação do Sistema de Saúde, NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde, NOAS/SUS 01/01, além da NOB/RH-SUS aprovada em 2003 (Brasil, 2003d).

O item “*Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS*” apresentou as proposições quanto à formação de profissionais da saúde, recomendando as atribuições e responsabilidades dos gestores de saúde municipais, estaduais e federal e do Ministério da Educação sobre a política de desenvolvimento do trabalhador para o SUS e indicou a Educação Permanente como uma estratégia para o processo de trabalho no SUS (BRASIL, 2005a).

O pressuposto defendido pelo documento, quanto ao processo de formação, reforça a ideia de que a qualidade da assistência à saúde exige a atuação de profissionais de saúde com formação adequada. “Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais” (BRASIL, 2005a, p. 53).

A NOB/RH-SUS sugeriu que fossem feitas mudanças na formação universitária em saúde, indicou fundamentalmente que os currículos dos cursos fossem revistos, no sentido de garantir a organização ensino-serviço e o estudo de várias áreas de conhecimento como a filosofia, a sociologia, a psicologia, a ciência política, a antropologia, a economia dentre outras. Também propôs valorizar conteúdos específicos como os de política de saúde e os que contemplem o pleno desenvolvimento dos recursos humanos enfatizando o processo de trabalho em saúde (no SUS), as questões de gênero e raça e as práticas não convencionais (BRASIL, 2005a). Além de:

[...] favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, tendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino-aprendizagem. Os convênios entre os gestores, as escolas técnicas e universidades devem ser vinculados aos princípios e aos objetivos do SUS, construindo juntos também, a metodologia pedagógica (p. 54).

O documento também destacou a Educação Permanente como um elemento importante para a implementação do SUS, tendo o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades pessoais, da equipe de trabalho e das instituições de saúde, devendo assegurar:

[...] a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da autoestima dos próprios trabalhadores (BRASIL, 2005a, p. 58).

O conceito de Educação Permanente apresentado pela NOB/RH-SUS é considerado um processo permanente de obtenção de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer

conhecimento, por meio da escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências no trabalho e emocionais, no campo institucional ou fora dele (BRASIL, 2005a).

Cabe ressaltar que a partir da publicação da NOB/RH-SUS, a Educação Permanente ganhou, no campo da formação em saúde, destaque nas formulações oficiais da área. Em fevereiro de 2004, por meio da Portaria nº 198 do Ministério da Saúde, foi instituída 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, sendo substituída pela Portaria nº 1996/2007, que teve por objetivo central definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde³⁹. As alterações não foram muitas, mantiveram-se os pressupostos já explicitados pela versão anterior, estabeleceram-se Comissões de Integração Ensino-Serviço, além de explicitar/reforçar que a Educação Permanente é o conceito pedagógico no setor da saúde, “[...] para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2009a, p. 5).

Os pressupostos pedagógicos divulgados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são aqueles que vinham sendo apresentados como alternativa do processo de formação em saúde baseados na aprendizagem significativa, no aprender a aprender e no professor facilitador, pressupostos que serão retomados e discutidos na próxima seção.

3.1.6 O Seminário Internacional de Recursos Humanos em Saúde: reafirmando posições e indicando ações

O movimento nacional de reformulação do processo de formação profissional em saúde ganhou reforço teórico com a realização do Seminário Internacional de Recursos Humanos, em 2002. O evento foi organizado pelo Ministério da Saúde em conjunto com a

³⁹ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS convencionado entre as três esferas de gestão: União, estados e municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação ocorre por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. O Pacto pela Saúde foi publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e contemplou o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Dados obtidos no site do Ministério da Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 25 jul. 2012.

Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, o qual visou promover o intercâmbio de experiências, buscando identificar possibilidades que contribuíssem para a construção de alternativas nacionais. No decorrer do evento foram realizadas discussões sobre os paradigmas que deveriam orientar o campo de recursos humanos em saúde; os impactos da reforma setorial sobre os recursos humanos; estratégias para a interiorização do trabalho em saúde e os pressupostos para a formulação de políticas no setor. Segundo os organizadores do seminário, o evento “representou um marco orientador que certamente terá protagonismo atual e futuro” (BRASIL, 2002m, p. 8).

Os temas do Seminário Internacional de Recursos Humanos foram abordados por expositores, convidados pelos promotores do evento, que eram ligados ao movimento que vinha discutindo os pressupostos do processo de formação profissional em saúde. O Ministério da Saúde divulgou o conteúdo das exposições em publicação específica do seminário.

A discussão da temática referente aos paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos foi sistematizada por Feuerwerker e Lima (2002), as quais apontaram que os paradigmas dominantes no campo da saúde e da educação, naquele momento, estavam em crise. Segundo as questões explicitadas no seminário, a crise paradigmática se revelava, fundamentalmente, na incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde, tanto pela ineficácia e ineficiência dos sistemas e do modelo assistencial predominante, insustentável financeiramente; pela insatisfação da população com os serviços e com os profissionais (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

No campo da educação, segundo as autoras, a crise paradigmática se revelava na contraposição entre a concepção tradicional, que era hegemônica e a concepção crítica reflexiva. Em que:

A primeira utiliza a pedagogia da transmissão, a prática pedagógica centrada no professor e a aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. A segunda se fundamenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 170).

O texto divulgado pelo seminário enfatizou que a mudança na universidade seria um fator crítico para a transformação das práticas e a construção do SUS: “uma vez que seu papel é fundamental na formação dos profissionais de saúde, na produção de conhecimentos em

saúde e na educação dos profissionais de saúde após a graduação” (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 171).

Apontou-se que seria necessário superar o modelo de formação oferecido pelas instituições de ensino superior, respaldado em uma abordagem pedagógica considerada tradicional, essencialmente, disciplinar, tendo o professor como responsável pela transmissão do conhecimento e a teoria abordada antes da prática dos estudantes nos campos de estágio e da vida profissional.

Essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo (que atualmente é fugaz) e pela baixa eficácia (conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação) (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 172).

Houve a indicação de que as metodologias ativas, de caráter não-diretivo, seriam o referencial pedagógico apropriado para promover processos de formação mais críticos. No processo de formação, o aluno deveria ser o centro, cabendo ao professor o papel de facilitador da aprendizagem que em decorrência da rapidez da produção de conhecimentos, não poderia mais transmitir conteúdos/saberes – que são fugazes e acarretam o desperdício de tempo e de esforço, tanto dos sujeitos, quanto das instituições formadoras. A aprendizagem significativa tornaria-se fundamental, centrada nos conhecimentos, experiências e interesses dos estudantes.

As propostas de reformulação da formação dos profissionais da saúde, apresentadas no Seminário Internacional, enfatizaram a necessidade de levar o futuro profissional a desenvolver atitudes como: estar atento para conhecer e desenvolver a melhor forma de aprender a aprender; devendo aprender e compreender o mundo que o rodeia por meio de experiências cotidianas. Aprender a adquirir novas competências que tornam o sujeito mais apto a novas e inusitadas situações de vida; além de aprender a conviver com tolerância e harmonia, com todas as diferenças, buscando, a todo custo, a integração e, por fim, o indivíduo deve assumir suas capacidades e responsabilidades à medida que conhece a si próprio (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Outro momento importante na definição de estratégias e políticas referentes à formação de profissionais para a saúde foi a realização, em março de 2006, da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3ª CNGTES)⁴⁰, que debateu os

⁴⁰ Em 2006 a Conferência Nacional, que tradicionalmente trata sobre os Recursos Humanos para a Saúde passou a ter nova denominação. As Conferências anteriores, como já apresentado no trabalho, foram nominadas de, I

seguintes eixos temáticos: I- Gestão do trabalho; II- Educação na saúde; III- Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; IV- Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos município; V- Controle social na gestão do trabalho e educação na saúde; VI- produção e incorporação de saberes considerando as práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS (BRASIL, 2006).

O evento teve por tema central: “*Trabalhadores de saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, de formação e de participação*”. As discussões foram feitas considerando os eixos temáticos, sendo divididas em duas mesas redondas, quatro painéis e quatro plenárias temáticas, foram subsidiadas por um Documento Base Nacional, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. Ao final das atividades da 3ª CNGTES, na Plenária Final, foi elaborado um Relatório Síntese, onde se encontram as propostas discutidas (BRASIL, 2006).

Quanto à formação superior em saúde, o documento preparatório à 3ª CNGTES, divulgado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o objetivo de subsidiar as etapas municipal, estadual e nacional do evento, sugeriu diversos pontos a serem discutidos. O debate afirmou que a graduação das profissões da saúde deveria ser orientada para o SUS; que as instituições de ensino deveriam assumir como compromisso a adoção de processos de mudança direcionada para as necessidades de saúde da população e do Sistema de Saúde, sendo a aprendizagem concreta, realizada no espaço do trabalho em equipes multiprofissionais de saúde uma das prioridades na formação (BRASIL, 2005b).

O referido documento indicou como tarefa, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde de todos os que eram envolvidos de alguma forma com a construção do SUS:

A implementação das diretrizes curriculares nacionais deverá ser uma luta cotidiana dos gestores do SUS e dos gestores da educação, dos trabalhadores de saúde, dos estudantes e dos movimentos sociais, inclusive pertencendo ao cotidiano dos foros de controle social e de participação na saúde e na educação (BRASIL, 2005b, p. 48-49).

Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986) e II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1993). A mudança na designação da Conferência pode estar ligada à reestruturação do Ministério da Saúde, realizada em 2003, a qual criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a qual passou a ter a responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Essa mudança no Ministério da Saúde será abordada a seguir neste estudo.

Os eventos destacados nesta seção, realizados no decorrer dos últimos anos, elegeram a temática referente à formação de recursos humanos como uma questão central para a viabilização do SUS e da qualidade na assistência à saúde da população. Ainda destacaram o papel do Ministério da Saúde como ordenador da formação de profissionais da saúde e a urgência da oficialização de uma política de formação de recursos humanos. Quanto à sugestão de propostas formativas, os eventos mais recentes, apresentaram a necessidade dos processos formativos adequarem-se aos ditos novos paradigmas da formação em saúde, ou seja, os pressupostos em que afirmam a não diretividade pedagógica referenciada nas metodologias ativas.

3.1.7 A direcionalidade do Ministério da Saúde no campo da formação profissional da área: a criação da SGTES e do DEGES

González e Almeida (2010), em estudo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, analisaram diversas iniciativas pró-mudança na formação superior em saúde implantadas no Brasil e sugerem que a mudança de paradigma na formação superior dos profissionais de saúde foi estimulada por diferentes ações e políticas oficiais. Uma das iniciativas pode ser considerada a reestruturação do Ministério da Saúde em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), bem como do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

A criação de uma estrutura interna ao Ministério da Saúde é a constatação de que nos últimos anos a temática acerca da ordenação da formação dos profissionais da saúde ganhou destaque governamental, em diferentes propostas e iniciativas emanadas deste órgão.

Até 2002, o Ministério da Saúde tinha uma estrutura distinta da atual. Em 2003, início do primeiro governo de Luiz Inácio da Silva, ocorreu uma mudança significativa na estrutura das áreas técnicas e políticas do respectivo Ministério. O decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, aprovou uma nova estrutura regimental e apresentou o quadro demonstrativo dos cargos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003c).

A necessidade de definir áreas específicas de competências do Ministério da Saúde foi elencada como a principal razão para a alteração da estrutura do mencionado órgão. As áreas de competências passaram a se referir, de forma específica, à política nacional de saúde; à

coordenação e fiscalização do SUS; à saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive à dos trabalhadores e dos índios; às informações de saúde; aos insumos críticos para a saúde; à ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; à vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; e pesquisa científica e tecnologia na área de saúde (BRASIL, 2003c).

O Ministério da Saúde está estruturado em órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado, além de órgãos específicos singulares onde se vincula a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), possuindo dois departamentos, sendo eles: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho em Saúde (DGRTS) (BRASIL, 2003c).

De acordo com a legislação sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁴¹, tem por objetivos promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde; promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem como, com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde; promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (BRASIL, 2003c).

De forma mais específica o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)⁴² responsabiliza-se, dentre outras funções, por participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais da área, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e da Política Institucional de Desenvolvimento dos Trabalhadores do Ministério, além disso, busca a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde (BRASIL, 2003c).

O DEGES está organizado em três coordenações-gerais: 1) Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua na área da formação superior nas profissões de saúde; 2) Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da

⁴¹ A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde esteve até o presente momento sob a responsabilidade de quatro secretários: de 2003 a 2005: Maria Luiza Jaeger; de 2005 a 2011: Francisco Eduardo de Campos; de 2011 a 2012: Milton Arruda Martins e atualmente quem ocupa o cargo é Mozart Sales.

⁴² O Departamento de Gestão da Educação na Saúde teve por diretores os seguintes profissionais: Ricardo Burg Ceccim, no período de 2003-2005; Célia Regina Pierantoni de 2005 -2006; Ana Estela Haddad, de 2006 a 2011; Sigisfredo Luis Brenelli de 2011 a 2012; atualmente quem ocupa a função é Mônica Sampaio de Carvalho.

saúde e 3) Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. O Departamento, ao trabalhar as especificidades dos campos acima mencionados visa promover a articulação entre três eixos: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço (BRASIL, 2004c).

Diante do exposto, é possível ressaltar que o Ministério da Saúde, por meio da SGTES e do DEGES, a partir de 2003, assume de forma mais específica o papel de proponente e indutor de mudanças na formação escolar dos profissionais da saúde. Há, por parte da nova estrutura, a formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil (BRASIL, 2004c).

Cabe destacar que a lei federal 8080 de 1990⁴³, já previa que à direção do Sistema Único de Saúde (SUS) competiria, dentre outras ações, a de: “promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como, com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990a, p. 8)”.

O artigo 27 da mesma lei explicita que a política de recursos humanos na área de saúde deveria ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, com o objetivo dentre outros de promover a: “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 permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990a, p. 13).

A partir das recomendações da legislação que amparou a criação do SUS percebe-se, no discurso, uma colaboração entre a necessidade de implementação do SUS e a formação de profissionais ligados à área, discurso que o Ministério da Saúde, por meio da SGTES e do DEGES, de certa forma atualiza, mas com o enfoque na atenção básica à saúde, como será tratado a seguir.

⁴³ A Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A referida lei é conhecida também como lei orgânica da saúde por regulamentar o SUS (BRASIL, 1990a).

3.1.8 O Pró-Saúde e a indução das mudanças curriculares nas graduações em saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.101 de 03 de novembro de 2005. Os Ministérios da Saúde e Educação, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, enfermagem, odontologia e o SUS, especialmente as políticas de valorização da atenção básica e da promoção da saúde e as experiências e avaliações do Promed, que foi dirigido a 19 cursos de medicina, instituíram o Pró-Saúde. A iniciativa de reorientação da formação visava incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2005c).

Esse programa assumiu o papel de indutor de transformação do ensino das graduações de enfermagem, medicina e odontologia, áreas cujos profissionais integravam as equipes básicas da estratégia da Saúde da Família⁴⁴, fase denominada Pró-Saúde I, mas, também, aos demais cursos da área⁴⁵, Pró-Saúde II, para aderirem às chamadas inovações pedagógicas, traduzidas pela premissa do uso das metodologias ativas, como propostas de formação superior em saúde (BRASIL, 2007a).

De acordo com dados divulgados no site do Ministério da Saúde⁴⁶, em 22 de dezembro de 2005, a Portaria nº 2.530 (BRASIL, 2005e), homologou e divulgou os projetos aprovados das IES que concorreram ao processo de seleção para o Pró-Saúde I, de 2005 a 2007. As Instituições de todas as regiões do país encaminharam 185 projetos e desses, 90 foram aprovados, contemplando os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, conforme Edital nº 1 de 16 de novembro de 2005.

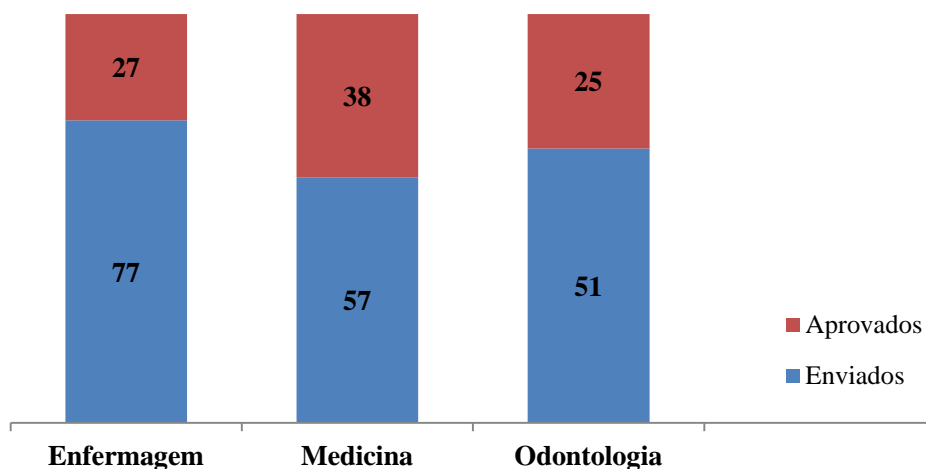
O gráfico 1 ilustra a quantidade de projetos enviados e aprovados nas graduações de enfermagem, medicina e odontologia.

⁴⁴ O Programa Saúde da Família teve início em 1994 com uma estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica em Saúde, visando promover a reorientação das práticas e ações de saúde mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, na direção de buscar modificar o modelo de saúde ‘hospitalocêntrico’, tomando como foco a família no seu espaço físico e social (Ministério da Saúde, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360>. Acesso em: 4 jun. 2012).

⁴⁵ A partir de novembro de 2007, por meio da publicação da Portaria Interministerial nº 3.019, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos já contemplados no momento da constituição do Programa, processo denominado fase Pró-Saúde II (BRASIL, 2007b).

⁴⁶ As informações apresentadas foram disponibilizadas no site do Pró-Saúde. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

Gráfico 1 – Pró-Saúde I: Projetos enviados e aprovados no ano de 2005.

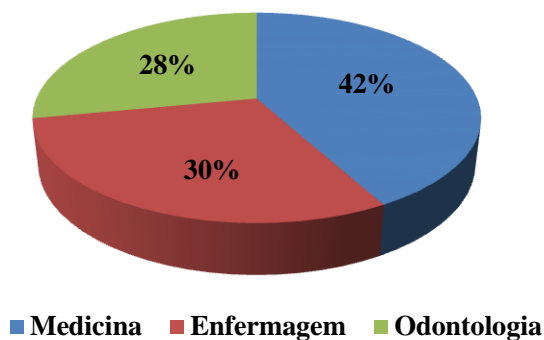


Fonte: BRASIL, 2007a

É possível perceber pelos dados acima demonstrados, considerando o número de projetos aprovados, que a medicina, dentre as outras duas graduações foi a que ganhou maior incentivo. Dos projetos que encaminhou, a medicina teve 66,6% de aprovação, enquanto que a odontologia teve 49% dos projetos aprovados e a enfermagem 35%.

Do total de projetos financiados pelo programa na fase I, a medicina foi contemplada com 42%, em seguida a enfermagem com 30% e a odontologia com 28%. O gráfico 2 ilustra a relação apresentada.

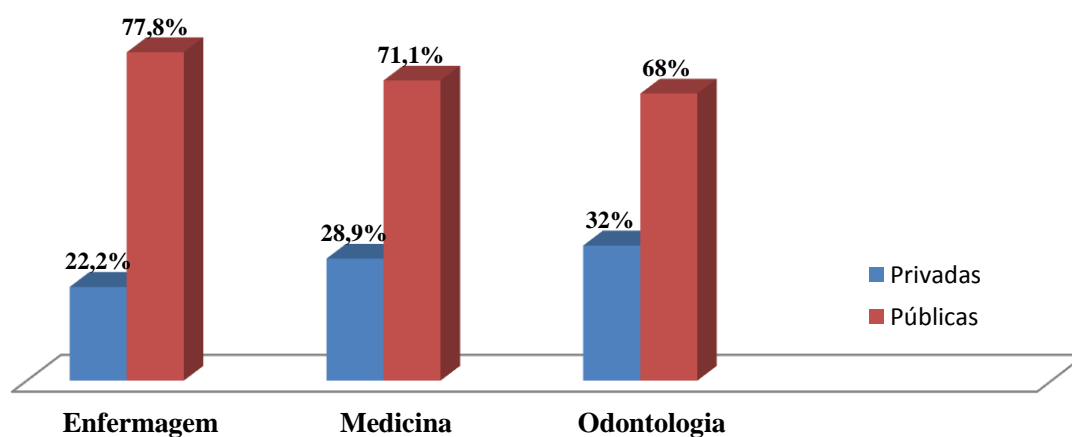
Gráfico 2 – Pró-Saúde I: Percentuais de projetos aprovados por curso no ano de 2007.



Fonte: BRASIL, 2007a

Dentre as Instituições de Ensino Superior, as públicas tiveram uma quantidade maior de projetos contempladas no Pró-Saúde I em relação às instituições privadas, como ilustrado pelos dados no gráfico 3.

Gráfico 3 – Pró-Saúde I: percentual de projetos aprovados por categoria administrativa das Instituições de Ensino Superior

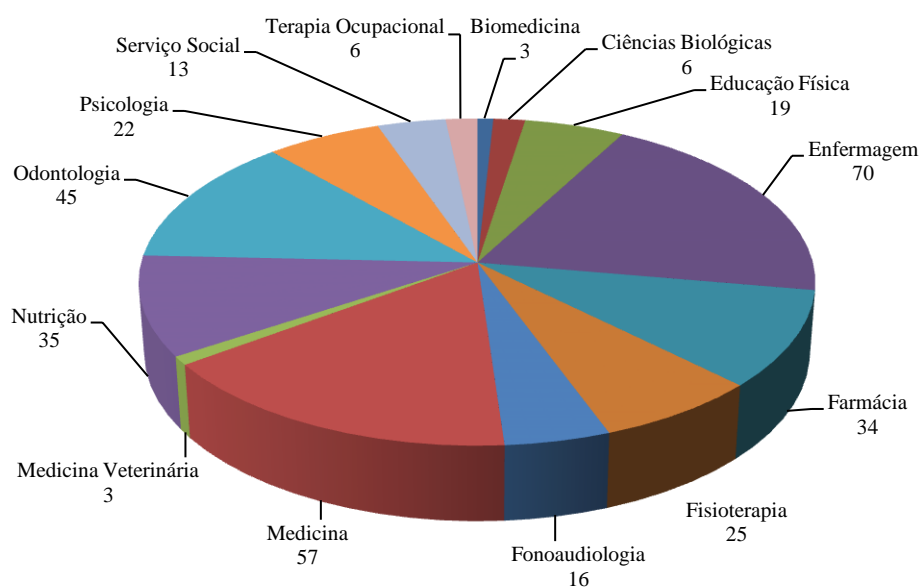


Fonte: BRASIL, 2007a

Os dados apresentados no gráfico 3 revelam o caráter da política indutora da formação, o qual se centra no financiamento de projetos vinculados às instituições públicas de ensino, as quais têm servido de exemplos às demais, que não são contempladas nos financiamentos, mas que podem livremente assumir o mesmo modelo de formação.

Para o Pró-Saúde II, a partir de 2007, foram selecionados 68 projetos que contemplam 354 cursos da área da saúde, a maioria dos projetos integrava mais que uma graduação. O impacto foi significativo, pois envolveu aproximadamente 97.000 alunos das 14 graduações da saúde. Tais dados podem ser verificados no gráfico 4.

Gráfico 4 – Pró-Saúde II: total de cursos selecionados no ano de 2007.



Fonte: BRASIL, 2009b

Segundo o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, quando do lançamento da fase II do Pró-Saúde, a iniciativa seria “[...] a maior e mais consistente iniciativa de mudança de ensino em curso no mundo, mas estamos fazendo isso movidos pela convicção de que o SUS precisa de profissionais conscientes e motivados para seguirem adiante” (BRASIL, 2007a, p. 6).

O Ministério da Saúde encarregou-se de conferir direcionalidade ao processo de mudança anunciado pelo Programa, ao entender que não se poderia depender de uma transformação espontânea dos processos de formação ofertado pelas instituições de ensino superior na direção assinalada pelo SUS, priorizando a atenção básica à saúde (BRASIL, 2007a).

Por meio de políticas de formação de profissionais da área, o Ministério da Saúde reforçou a adesão à Atenção Básica como alternativa ao modelo de assistência à saúde da população brasileira. O Ministério da Saúde caracteriza a atenção básica ou atenção primária em saúde por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção (intervenções orientadas para modificações das condições de vida e trabalho) e proteção da saúde (estratégias que visam evitar os riscos e agravos a saúde individual e coletiva), prevenção de agravos (intervenções orientadas para evitar o surgimento, redução e prevalência de doenças), diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É

desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007a).

O Ministério da Saúde vem promovendo um consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, centrado na doença e no atendimento hospitalar, a qual requer a formação de profissionais dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à população (BRASIL, 2005d, p. 68).

No campo da formação dos profissionais o diagnóstico feito era de que a orientação dada ao processo escolar, como vinha sendo realizada, era inadequada por ser:

[...] alheia à organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população. Além disso, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral poucos integrados e dependentes de alta tecnologia. Quanto ao enfoque pedagógico, frequentemente limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante, inserindo-os tardiamente no mundo do trabalho (BRASIL, 2007a, p. 8).

Dentre os argumentos utilizados para a efetivação do Pró-Saúde como alternativa ao processo de formação em saúde, há o destaque de certos antecedentes considerados como positivos às mudanças propostas pelo programa. Dentre eles destaca-se a flexibilidade da formação escolar preconizada pela LDB nº 9.394/96 que conferiu às IES novos graus de liberdade que possibilitou a emergência de novas propostas de organização curricular e inovações pedagógicas.

Outro antecedente que reforçou a proposição do Pró-Saúde foram as recomendações da Conferência Mundial sobre Ensino Superior realizada em Paris em 1998, evento promovido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) o qual reuniu ministros, autoridades educacionais, cientistas e representantes de quase 200 países e aprovou a Declaração Mundial sobre a Educação Superior do Século XXI: visão e ação, além do Marco referencial da ação prioritária para a mudança e o desenvolvimento da educação superior (UNESCO, 1998).

A Declaração da respectiva Conferência indicou as diversas missões e funções da educação superior, destacou que em um mundo em rápida mutação, percebe-se a necessidade de uma nova visão e um novo paradigma de formação superior que, dentre outros elementos, tenha seu interesse centrado no estudante, requerendo assim uma reforma profunda na sua organização (UNESCO, 1998). Diante disso, a reforma dos currículos, com a utilização de novos métodos de ensino seria uma meta fundamental a ser alcançada.

[...] a utilização de novos e apropriados métodos que permitam ir além do domínio cognitivo das disciplinas. Novas aproximações didáticas e pedagógicas devem ser acessíveis e promovidas a fim de facilitar a aquisição de conhecimentos práticos, competências e habilidades para a comunicação, análise criativa e crítica, a reflexão independente e o trabalho em equipe em contextos multiculturais, onde a criatividade também envolva a combinação entre o saber tradicional ou local e o conhecimento aplicado da ciência avançada e da tecnologia (UNESCO, 1998, p. 25).

A Conferência também sugeriu que o papel do docente de educação superior deveria ser de ensinar os estudantes a aprender a tomar iniciativas, ao invés de agir unicamente como fonte de conhecimento, tornando o aluno o centro do processo de ensino-aprendizagem: “[...] colocar os estudantes e as necessidades dos mesmos no centro das preocupações” (UNESCO, 1998, p. 27).

Nesse sentido, o objetivo central do Pró-Saúde seria o de levar as IES a reformularem os seus projetos político-pedagógicos, no sentido de incorporarem os três eixos propostos para a formação: A- orientação teórica; B- cenários de prática e C- orientação pedagógica. Cada eixo possui definições específicas que são explicitadas por vetores que o norteiam, sendo que, no Eixo A, os vetores são: determinantes de saúde e doença; produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS; pós-graduação e educação permanente. No Eixo B, os vetores referem-se a: integração docente/assistencial; diversificação dos cenários do processo de ensino; articulação dos serviços universitários com o SUS. No Eixo C, se destacam a análise crítica da atenção básica em saúde, a integração ciclo básico/ciclo profissional e a mudança metodológica (Brasil, 2007a). Cabe destacar que os eixos propostos pelo Pró-Saúde, são idênticos aos propostos, em 2002, pelo PROMED, a única variação é de que no Pró-Saúde, inverteu-se as ordens dos eixos. Enquanto que o Eixo B no PROMED referia-se a abordagem pedagógica, no Pró-Saúde passou a ser designado como cenários de prática; e o Eixo C que era no PROMED, cenários de prática, passou, no Pró-Saúde, a ser denominado como o eixo de orientação pedagógica.

Segundo o Ministério da Saúde (2007a), o Pró-Saúde teria a função de induzir a transformação do ensino de saúde no Brasil, indicando ser possível construir um novo cenário na formação profissional na área.

No Eixo C, apresentam-se os fundamentos pedagógicos da proposta para a formação em saúde, ao se reforçar que a educação superior, por trabalhar com adultos deve utilizar metodologias que coloquem os estudantes como o centro do processo de ensino-aprendizagem, sendo o professor um facilitador desse processo:

Considerando-se a velocidade com que se produzem conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais da aprendizagem no curso de graduação é o aprender a aprender. Isso requer o desenvolvimento de habilidades na busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo aquelas advindas de sua própria experiência clínica [...] (BRASIL, 2007a, p. 23).
O processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes [...] e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo (BRASIL, 2007a, p 23).

Desde o ano de 2005, o Pró-Saúde vem financiando diversos projetos encaminhados pelas Instituições de Ensino Superior, vinculadas ao sistema federal e estadual de educação e entidades privadas sem fins lucrativos, que em parceria com Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde tenham concorrido aos editais do Programa. O Pró-Saúde oferece três anos de apoio financeiro aos projetos que se adequem à proposta estabelecida.

Os critérios para a seleção dos projetos são divulgados em editais que publicizam as normas de inscrição das propostas. Os critérios gerais de seleção consideram o tratamento equilibrado dos três eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica); clareza na abordagem conceitual e esquema curricular; clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; orientação quanto à regulamentação e ao sistema de referência, integração do Hospital de Ensino à rede de serviços e indicação de parâmetros de avaliação (BRASIL, 2005e).

O Pró-Saúde tornou-se a iniciativa central no campo das políticas de formação profissional em saúde, constituindo-se elemento direcionador, indutor de mudanças nas graduações das profissões que atuam no campo da saúde, por defender que não ocorrerá transformação espontânea das instituições formadoras (BRASIL, 2007a). Os dados permitem considerar como algumas “teses”, já defendidas anteriormente, tanto pelo movimento mundial de mudança da formação em saúde, quanto por iniciativas oficiais emanadas em solo

nacional, são retomadas, principalmente aquelas que indicavam novos encaminhamentos pedagógicos a serem dados ao processo de formação escolar dos profissionais da saúde.

O consenso de que as denominadas metodologias ativas e seus pressupostos decorrentes, seriam o suporte pedagógico mais adequado para formar profissionais da saúde para o SUS, que devem atuar na atenção básica a saúde, é divulgado pelos documentos que oficializaram o Pró-Saúde como a iniciativa de maior impacto no processo de formação em saúde nos últimos anos no Brasil.

Emergiu mais recentemente o Pet-Saúde, outra estratégia filiada conceitualmente às últimas diretrizes de formação profissional em saúde. Tornou-se em mais um reforço ao movimento de mudança no campo da formação, tem financiado novas atividades que dão suporte às propostas do Pró-Saúde.

3.1.9 Pet-Saúde: estratégia estruturante de mudanças na formação profissional em saúde

Com o resultado do acompanhamento e da avaliação do Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de julho de 2007. Os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação divulgaram os objetivos, as modalidades e a forma de participação no respectivo programa que destinava-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, de iniciação ao trabalho e vivências dirigido aos estudantes das graduações da área da saúde, de acordo com as necessidades do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011c).

A proposição do Pet-Saúde considerou a experiência acumulada pelo Ministério da Educação com relação ao Programa de Educação Tutorial, que por meio da Lei Federal 11.180 de 23 de setembro de 2005 instituiu a concessão de bolsas de iniciação científica a estudantes de graduação e bolsas a professores tutores de grupos de Educação Tutorial (BRASIL, 2005d).

Segundo Hadadd et al. (2012), o Pet-Saúde teve o objetivo geral semelhante ao do Pró-Saúde, apesar disso lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem que se dá na rede de serviços, em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS.

Se o Pró-Saúde foi estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área da saúde da universidade, de dentro dos seus muros, para a integração com a comunidade e suas necessidades no SUS, o PET-Saúde reforçou esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção com base em diagnóstico situacional do território (HADADD et al., 2012, p. 4).

As ações desenvolvidas pelo Pet-Saúde ratificam os objetivos do Pró-Saúde e reforçam a ideia de que a aprendizagem tutorial fora do espaço universitário, inserida nos serviços de saúde, de preferência aqueles focados na Atenção Básica à Saúde, qualificaria a assistência à saúde e a formação dos profissionais da área.

Os principais objetivos do Pet-Saúde são: 1) possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos em todo o País; 2) contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; 3) preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira em todo o território nacional; 4) induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e 5) promover a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2007d).

No decorrer do I Seminário Nacional do Pró-Saúde II e 1º Encontro Nacional dos Coordenadores dos projetos selecionados para o Pet-Saúde, ocorrido nos dias 25 e 26 de março de 2009, Ana Estela Haddad, então Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES/MS proferiu palestra na qual descreveu o Programa Pet-Saúde, como uma das iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de promover mudanças nas graduações da área.

Na palestra⁴⁷ a então diretora do DEGES descreveu que a Educação Tutorial, pressuposto pedagógico do Pet-Saúde, caracteriza-se pela presença de um professor tutor com a missão de orientar e estimular a aprendizagem ativa dos estudantes a partir de uma prática fundada em compromissos éticos e sociais. Nesse sentido, o programa prevê que além do Tutor Acadêmico, haverá a figura do Preceptor que tem como requisito ser um profissional do serviço de saúde.

⁴⁷ O conteúdo da palestra da então Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES foi divulgado no site do Pró-Saúde e teve por título: “A Política de Educação na Saúde, com ênfase nos avanços e desafios do Pró-Saúde e sua integração com o PET-Saúde”. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/PriSemProII/apresentacoes/AnaEstelaPro-saudenaPoliticadeeducacaonasaude.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

O Pet-Saúde disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. O Tutor Acadêmico deverá oferecer, além da orientação aos estudantes de graduação, a capacitação pedagógica ao Preceptor e a orientação voltada à pesquisa e produção de conhecimento relevante para o serviço de saúde. Por outro lado, terá a oportunidade de aprender e agregar ao curso de graduação, conhecimentos sobre o modelo de atenção, as necessidades de aprendizagem, a solução de problemas e a produção de conhecimento emanados do serviço (BRASIL, 2011c).

O Programa Pet-Saúde desenvolve ações visando a integração ensino-serviço-comunidade e o desenvolvimento de atividades na área da atenção básica à saúde em setores considerados prioritários, sendo eles: Saúde da Família; Vigilância em Saúde e Saúde Mental. Os projetos destinados a cada setor possuem peculiaridades. No caso do Pet-Saúde - Saúde da Família é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes - sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas - e seis preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos Pet-Saúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês (BRASIL, 2011c).

Os projetos Pet-Saúde voltados para a Vigilância em Saúde preveem que cada grupo seja formado por um tutor acadêmico, oito estudantes monitores e dois preceptores. Para desenvolvimento de atividades em 2011 foram selecionados 143 grupos, que representam 1.595 bolsas/mês. Enquanto que as ações do Pet-Saúde Saúde Mental/Crack o grupo seria formado por um tutor; três preceptores e 12 estudantes. Em 2011, foram selecionados 80 grupos que iniciaram as atividades ligadas ao Pet-Saúde Saúde Mental/Crack, o que totaliza mais 1.280 bolsas/mês, considerando a formação completa dos grupos. (BRASIL, 2011c).

O quadro 2 sintetiza os dados referentes ao número de projetos desenvolvidos no ano de 2011, de grupos selecionados, de bolsas disponibilizadas por mês e a quantidade de cursos envolvidos no Programa.

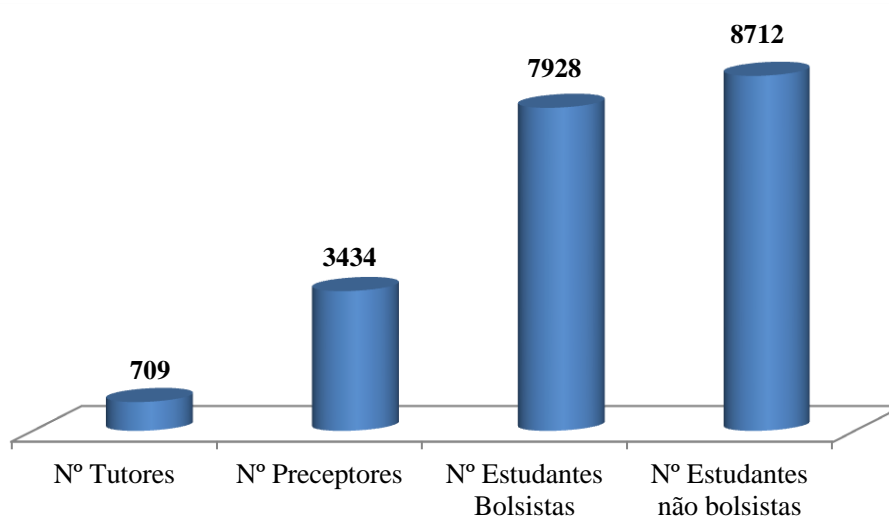
Quadro 2 – Síntese dos dados referentes aos Projetos Pet-Saúde desenvolvidos no ano de 2011

Projetos Pet-Saúde	Nº de projetos selecionado	Nº de grupos Pet-Saúde	Bolsas mês	Nº de cursos participantes
Pet-Saúde/Saúde da Família Edital nº18/2009	111	484	9.196	545
Pet-Saúde/Vigilância em Saúde Edital nº 7/2010	70	143	1.595	298
Pet-Saúde/Saúde Mental Edital nº 27/2010	69	80	1.280	338
Total	250	707	12.071	Cursos da mesma IES podem estar envolvidos em diferentes projetos

Fonte: BRASIL, 2011c.

A quantidade de pessoas envolvidas com as atividades do Pet-Saúde é significativa. No ano de 2011, totalizou 20.783 participações, sendo que desse número, 8.712 eram estudantes não bolsistas, enquanto que 12.071 participantes, dentre eles, tutores, preceptores e estudantes receberam bolsas para desenvolverem as atividades previstas nos projetos contemplados. O Gráfico 5 ilustra os dados apresentados.

Gráfico 5 – Número de participantes no Pet-Saúde no ano de 2011.



Fonte: BRASIL, 2011c.

Dentre os resultados esperados com a realização da proposta Pet-Saúde, destaca-se o desenvolvimento à integração ensino-serviço-comunidade; o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e as áreas consideradas estratégicas (Saúde da Família, Vigilância em Saúde

e Saúde Mental), desenvolvimento de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; estímulo para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país; desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2011c).

Em 2012, por meio do edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) abriu a possibilidade das Instituições de Educação Superior, juntamente com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde a apresentar propostas de projetos do Pró-Saúde articulado ao Pet-Saúde (BRASIL, 2011d).

O objetivo central do edital foi que os Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde contemplassem de forma articulada suas ações considerando o planejamento da saúde segundo as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção Básica em Saúde.

O entendimento do que seria uma Região de Saúde foi estabelecido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90. Portanto, compreende-se por Região de Saúde:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhado, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011e, p. 4).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram estabelecidas e definidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 como: “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 3).

O edital nº 24 de 15/12/2011, não só articulou o Pró-Saúde ao Pet-Saúde, mas indicou de forma clara a necessidade do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde, como estratégia para superar a fragmentação do cuidado à saúde, bem como, o fortalecimento da Atenção Primária como a porta de entrada às ações e aos serviços de saúde, além de, reorientar a formação profissional, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população (BRASIL, 2011e).

A Portaria nº 6, de 3 de abril de 2012 homologou e divulgou o resultado do processo de seleção das propostas de instituições de educação que se candidataram para participarem no Pró-Saúde articulado ao Pet-Sáude. As Instituições de Ensino Superior públicas tiveram mais projetos contemplados do que as privadas. Desde a instituição do Pró-Saúde I, as IES públicas vêm se destacando quanto ao número de projetos aprovados no programa, fato que pode ser explicado, talvez pela maior facilidade de estabelecer convênios com as secretarias municipais e estaduais de saúde, por apresentarem mais cursos de graduação da área da saúde do que as IES privadas, ou porque dentre as instituições privadas, só as de caráter não lucrativo possam concorrer aos editais de financiamento. Essas ponderações foram um exercício hipotético, pois os documentos oficiais consultados (decretos, editais, portarias, pronunciamentos) acerca dos Programas estudados não apresentam uma justificativa ou explicação da diferença flagrante entre o financiamento de projetos de IES públicas comparativamente com as privadas (BRASIL, 2012b).

Quadro 3 – Pró-Saúde e Pet-Sáude: projetos aprovados por categoria administrativa das Instituições de Ensino Superior

Instituições de Ensino Superior	Projetos aprovados
Públicas	110 (92, 4%)
Privadas	09 (7,6%)
Total	119 (100%)

Fonte: BRASIL, 2012b.

A Portaria nº 6 divulgou a quantidade de projetos aprovados nas cinco regiões do Brasil. Do total de 119 projetos aprovados, a região sudeste, ao final do processo teve a aprovação de 45 propostas, representando 37,8% do total, em seguida a região nordeste com 32 projetos, 26,9 %; a região sul teve 26 projetos aprovados perfazendo um percentual de 21,8% e as regiões norte e centro-oeste apresentaram um número reduzido de aprovações, 09 projetos, 7,6% e 07, 5,9% do percentual total, respectivamente. Os dados apresentados podem ser visualizados no quadro 4.

Quadro 4 - Pró-Saúde e Pet-Saúde: Projetos aprovados por regiões do Brasil

REGIÕES	PROJETOS APROVADOS
SUL	26 (21,8%)
SUDESTE	45 (37,8%)
NORDESTE	32 (26,9%)
NORTE	09 (07,6%)
CENTRO-OESTE	07 (05,9%)
TOTAL	119 (100%)

Fonte: BRASIL, 2012b

O financiamento dos projetos encaminhados deveriam seguir algumas regras levando-se em conta um valor paramétrico máximo, estimado em até R\$100.000,00 (cem mil reais) por ano de duração do curso da carreira respectiva para os cursos de graduação com mais de 1.000 matrículas; até R\$75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para os cursos com 500 e 1000 matrículas e até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para os cursos com menos de 500 matrículas. Os projetos não deveriam ultrapassar o valor total de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais). Não sendo incluído o valor dos recursos referentes ao pagamento das bolsas dos grupos Pet-Saúde (BRASIL, 2011e).

Os valores das bolsas para profissionais que exercem a função de tutor coordenador, preceptor e tutor acadêmico do Pet-Saúde tinham como referência as Bolsas para o Desenvolvimento Tecnológico, nível DTI-3, em conformidade com a RN-022/2006, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A avaliação e o monitoramento dos projetos Pet-Saúde são fundamentados em indicadores como, relatório técnico semestral e final das atividades dos grupos Pet-Saúde; participação dos alunos dos grupos em atividades, projetos e programas de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito do Pet-Saúde; alinhamento das atividades dos grupos Pet-Saúde a políticas públicas e de desenvolvimento na sua área de atuação (Pró-Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Programa Telessaúde Brasil, UNA-SUS, entre outras; desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas, contribuindo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; produção de conhecimento relevante em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde; interdisciplinaridade e atuação multiprofissional e a integração ensino-serviço;

publicações e participações em eventos acadêmicos de professores tutores, preceptores e estudantes⁴⁸.

O processo de avaliação previsto, tanto do Pró-Saúde, quanto do Pet-Saúde, seria desenvolvido pela comissão assessora de acompanhamento, constituída por representantes do Ministério da Saúde e pelas comissões gestoras locais, nas quais os discentes, docentes, profissionais da rede, os gestores da educação e dos serviços teriam representação. Sendo os resultados da avaliação divulgados em seminários específicos.

Como já indicado, o Pró-Saúde, agora vinculado ao Pet-Saúde, reforça os pressupostos que embasam as políticas de reorientação da formação em saúde no Brasil, reafirmando a ênfase na Atenção Básica em Saúde como o eixo norteador da instrução profissional, novas práticas pedagógicas, valorizando as diferentes abordagens desenvolvidas nos campos de atuação profissional em saúde.

Esses programas materializam a conduta indutora que o Ministério da Saúde vem assumindo nos últimos anos quanto ao processo de formação profissional na área. Ao buscar a etimologia da palavra indução, tão estimada pelo *staff* do Ministério da Saúde, talvez, seja possível entender melhor a lógica que permeia os programas que visam reorientar a formação profissional em saúde no Brasil. Indução, segundo Houaiss (2001) é uma forma de raciocínio que se baseia em casos particulares para chegar a um proposição geral ou ainda, pode ser entendido como uma ação que induz e instiga.

No caso dos programas analisados, a lógica da indução de fato tem servido de aporte teórico e prático, pois o incentivo financeiro, destinado tanto às IES, pelo desenvolvimento do Pró-Saúde e o incentivo, por meio de bolsas aos tutores acadêmicos, preceptores de graduação e os acadêmicos de graduações em saúde no Pet-Saúde não tem sido suficientes para todas as Instituições de Ensino Superior interessadas, mas tem instigado mudanças, curriculares em algumas, aquelas que são contempladas nos editais e essas acabam servindo como “modelos”, “exemplos” bem sucedidos das propostas. Portanto, o raciocínio do particular ao geral é viabilizado e muitas vezes a adesão às novas propostas de formação é feita sem o incentivo financeiro, somente pelo incentivo ideológico.

⁴⁸ As informações apresentadas sobre os indicadores para a avaliação e monitoramento do Pet-Saúde foram coletadas no site do Ministério, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32782>. Acesso em: 20 mai.2013.

3.2 A Atenção Básica como Eixo Norteador da Formação em Saúde

A atenção básica à saúde é uma temática que vem sendo discutida de forma mais sistematizada, desde meados do século passado, quando da realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, em 1978 e que mais tarde, na década de 1990, destacou-se como prioridade nas agendas de diversos países.

Em relação à utilização do termo Atenção Básica em Saúde há uma série de derivações. O termo proposto em Alma-Ata referiu-se a “Atenção Primária à Saúde”, contudo houve a divulgação do termo “Atenção Primária Seletiva” em países periféricos para descrever “algumas poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p. 2-3). Também o termo “Atenção Primária Orientada para a Comunidade” foi utilizado para abordagem de atenção básica em áreas rurais da África do Sul na década de 1940 e, mais recentemente, a OPAS tem divulgado o conceito de “Atenção Primária Renovada” sendo de acordo com a entidade uma abordagem lógica e baseada em evidências para realizar o cuidado universal, integrado e abrangente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005; BRASIL, 2011a).

Baptista, Fausto e Cunha (2009), ao procederem à análise da produção bibliográfica sobre a atenção primária à saúde no Brasil, apontaram que há várias compreensões acerca do conceito de Atenção Primária à Saúde demarcadas por momentos da discussão no Brasil sobre sua definição. Em 1970, a definição de Atenção Básica assemelhava-se à agenda internacional, portanto era alcunhada com Atenção Primária à Saúde, tendo como foco o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde. No Movimento da Reforma Sanitária passa a ser utilizada com menor expressão, pois a questão central da discussão, naquele momento, era a garantia do direito universal à saúde. Em 1990 a discussão é retomada e considerando os princípios do SUS a Atenção Primária à Saúde passa a ser designada Atenção Básica à Saúde, como um termo mais abrangente para reorientar o modelo assistencial.

Como já apontado na seção anterior, as recomendações da Conferência de Alma-Ata indicaram que a Atenção Primária em Saúde, aqui entendida como Atenção Básica, seria uma estratégia importante para impulsionar o desenvolvimento econômico, principalmente dos países periféricos, ao adotarem medidas sanitárias básicas com cobertura universal, prestadas na comunidade à indivíduos e famílias, com custos acessíveis. A Atenção Primária à Saúde

expressaria plenamente a consciência de auto-responsabilidade e autodeterminação das comunidades assistidas, incentivando os governos a implementar projetos de saúde pública de baixo custo, indicando que a participação de toda a comunidade seria fundamental para tirar o máximo de proveito dos recursos locais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA 1978).

A Atenção Básica à Saúde também entrou na pauta dos organismos internacionais, passando a ser divulgada como estratégia adequada à redução da pobreza dos países periféricos, além de ser definida como área de financiamento internacional. Nos anos de 1990, o Banco Mundial direcionou suas funções e investimentos no sentido de orientar políticas setoriais, fundamentalmente políticas sociais, além de ajustes estruturais aos denominados “países em desenvolvimento”.

As orientações do Banco Mundial para a área da saúde centram-se na indicação da atenção primária como condição fundamental para amenizar os problemas de saúde mais evidentes das populações mais pobres; como forma de aliviar preventivamente as possíveis tensões sociais decorrentes da miséria, além de ser uma estratégia de baixo custo e de grande repercussão ideológica para a mitigação da pobreza (CONTERNO, 2002).

O instrumento chave das orientações do Banco Mundial para o campo da saúde foi o relatório sobre o desenvolvimento mundial, denominado “Investindo em saúde”, publicado em 1993, o qual verificou como a saúde humana, a política de saúde e o desenvolvimento econômico se influenciavam, além de recomendar estratégias para as políticas governamentais dos países periféricos.

Dentre as estratégias propostas pelo Banco Mundial ganhou relevância a que indicava a necessidade de os governos tornarem-se mais criteriosos com os gastos públicos em saúde no sentido de redirecioná-los para programas mais eficazes em função dos custos e, que atendessem melhor aos pobres. “Para a maioria dos governos, o desafio está em concentrar recursos na compensação das deficiências de mercado e no financiamento eficiente de serviços que beneficiem, sobretudo, os pobres” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 6).

As orientações do Banco Mundial para que os governos tivessem êxito foram as seguintes: redução dos gastos do governo com instalações de atendimento terciário⁴⁹, financiamento e implementação de pacote de intervenções de saúde pública, a fim de combater doenças ou problemas de saúde com grandes externalidades, ou seja, aquelas em

⁴⁹ O Banco Mundial definiu o atendimento terciário como atuação médica especializada, de alto nível técnico à população de uma vasta região. Esse atendimento se desenvolveria em hospitais ou outros estabelecimentos por disporem de unidades de tratamento intensivo especializado, serviços avançados de diagnósticos médicos e atuação de pessoal altamente especializado. (1993, p. x).

que o dano individual se expande a muitos outros, principalmente as doenças infecciosas, transmissão HIV-AIDS, poluição; aprimoramento da administração de responsabilidade contratual de serviços especializados por terceiros; financiamento e garantia de pacotes de serviços clínicos essenciais, “Como um mecanismo politicamente aceitável para dar aos pobres melhorias de bem-estar e um bem produtivo: saúde” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 6).

O pacote clínico essencial é a expressão mais acabada para o Banco Mundial do que deveria ser a assistência focalizada na Atenção Básica. Esse pacote deveria incluir cinco conjuntos de intervenções clínicas, que tivessem por alvo grandes impactos sendo: a) serviços de assistência às gestantes e parturientes; b) serviços de planejamento familiar; c) controle de tuberculose; d) controle de DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis; e) atendimento de doenças graves comuns em crianças pequenas.

Quanto ao financiamento dos serviços clínicos essenciais, o Banco afirmou que deveria ser de responsabilidade do setor público, pois: “São serviços muito eficazes em termos de custos, que trariam grandes benefícios à saúde dos pobres” (1993, p. 61). Por outro lado, que a assistência de maior complexidade, que requer, portanto, maior investimento e que geralmente desenvolve-se em atendimento individualizado, deveria ser excluída do pacote clínico essencial por ter pouca eficácia em termos de custos.

No caso dos países de baixa renda talvez se encaixem nessa categoria cirurgias do coração, o tratamento (salvo quando se trata de alívio da dor) de tipos de câncer do pulmão, fígado e estômago, terapias medicinais caras para infecções provocadas pelo HIV, e tratamento intensivo para recém-nascidos muito prematuros (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 11).

Assim sendo, os serviços clínicos essenciais, deveriam privilegiar atenção aos problemas de saúde básicos da população pobre, em detrimento dos atendimentos de problemas mais complexos que fazem parte dos serviços terciários de saúde. O documento do Banco indicou ainda que o “pacote essencial de saúde” por ser básico e focalizado nos problemas de saúde mais evidentes dos pobres poderia ser realizado por pessoal não especializado, recrutados na própria comunidade que, com algum treinamento elementar ou simplificado poderiam desenvolver atividades em saúde.

São várias as atividades médicas simples que não requerem muito treinamento profissional nem grandes instalações e equipamentos. Os profissionais da saúde que trabalham em clínica ou em suas próprias

comunidades cumprem importante papel na prestação desses serviços. Os milhões de práticos de saúde tradicionais que trabalham nas próprias comunidades têm um enorme potencial para prestarem serviços de saúde pública e serviços clínicos essenciais (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 137).

De acordo com essa lógica os “práticos de saúde” poderiam colaborar, decisivamente, na melhora da qualidade e eficácia do atendimento básico, pois poderiam diagnosticar, distribuir remédios e acompanhar o processo de prevenção e recuperação de certas doenças.

[...] na Tailândia, recorre-se a curandeiros para diagnosticar e tratar casos de malária e distribuir remédios contra essa doença; no Quênia, para divulgar métodos anticoncepcionais modernos; em Uganda e Zimbábue, para distribuir preservativos que reduzem o contágio pelo HIV e outras DST. Em vários países, como, por exemplo, Bangladesh, recorre-se a parteiras tradicionais para diminuir os problemas ligados ao parto (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 136).

A proposta apresentada pelo Banco Mundial e desenvolvida por muitos países periféricos, de incorporar “práticos”, curandeiros, pessoal sem formação específica no desenvolvimento da assistência à saúde da população representa um retrocesso histórico do cuidado da saúde humana. Apesar de parecer uma alternativa humanitária, o que se confirma é a lógica que ampara a ordem capitalista, fundada na opressão de uma classe sobre outra, de uma nação sobre outra; na coexistência da miséria absoluta com a riqueza sem limite; na exclusão de grande parcela da humanidade do acesso aos bens produzidos historicamente, expressos nos conhecimentos e instrumentos mais sofisticados produzidos para minorar os problemas de saúde da humanidade.

O processo de focalização da assistência na atenção básica reforça um dualismo no atendimento de saúde, pelo qual os serviços essenciais desenvolveriam atendimentos simplificados de baixos custos, por meio de recursos humanos com formação limitada, realizados nas comunidades e, por elas mesmas. Enquanto que os serviços hospitalares de atendimento secundários e terciários, que demandariam por sua natureza, maior investimento de recursos deveriam por esse motivo serem suprimidos da atuação e financiamento público, sendo deixados para a iniciativa privada.

A discussão levantada remete às reflexões desenvolvidas por Paulo Netto (2012a; 2012b) que, ao sumariar as transformações societárias, que desde os finais dos anos de 1970, anunciam o que ele identificou de terceira crise da ordem capitalista indica o processo de barbárie instalado na sociedade contemporânea, expressa fundamentalmente pelo minimalismo das políticas sociais.

O processo de barbárie é generalizado e induzido aos países periféricos por meio de “soluções” políticas calcadas nos princípios da atual ordem capitalista. No caso das políticas sociais dirigidas aos excluídos não há nem mesmo a pretensão de erradicar de fato a pobreza, mas apenas aliviar as suas possíveis consequências, com medidas paliativas, minimalistas que no máximo mascaram as reais causas dos danosos problemas sociais.

[...] é precisamente esse minimalismo que tem factualmente caracterizado os vários programas que, por via de transferências de renda-“programas de rendas mínimas”-, têm sido implementados em alguns países capitalistas centrais e em muitos países periféricos. A experiência de mais de uma década, especialmente na América Latina, é muito pouco promissora: na medida em que não se conjugam efetivamente com transformações estruturais (e esta é uma das condições políticas para que o tardo capitalismo os suporte), eles acabam por cronificar-se como programas emergenciais e basicamente assistencialistas (PAULO NETTO, 2012a, p. 428-429).

Segundo Rizzotto (2000), o Estado brasileiro incorporou as orientações dos organismos internacionais ao colocar em prática a tese de que os países periféricos gastam muito com o atendimento médico-hospitalar, com tratamentos caros que requerem alta tecnologia. Há um movimento de “inversão de modelo” no campo da saúde, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade, fundamentalmente, focalizado na atenção básica da saúde.

A priorização da atenção básica como alternativa à organização do modelo de atenção à saúde no Brasil ganhou maior destaque em meados da década de 1990 com a divulgação da reforma do aparelho do Estado, que visava a construção da administração pública em bases, consideradas modernas e racionais de gestão (BRASIL, 1995).

A reforma do Estado brasileiro esteve ancorada no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, publicado em 1995, sob a direção do Ministério de Administração e Reforma do Estado, o qual era conduzido por Luiz Carlos Bresser Pereira. Segundo o “plano diretor” o Estado brasileiro deveria delimitar sua dimensão; redefinir seu papel; recuperar a governança e assim consolidar a governabilidade do país. Para isso seria indispensável:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995, p. 11).

Com essa perspectiva, a saúde deixaria de ser responsabilidade do Estado e a prestação dos serviços deveria ser realizada pelo setor privado, portanto, pelo mercado (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Para o “plano diretor” reformar o Estado significava transferir para o setor privado as atividades que poderiam ser controladas pelo mercado, cabendo ao Estado a execução de serviços para grupos sociais excluídos do mercado (BRASIL, 1995).

A implementação da política de reordenar o papel do Estado, pode ser identificada pelo expressivo mecanismo usado pelo governo federal para focar a atenção à saúde na atenção básica, por meio da adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁵⁰ como prioridade na agenda política do setor saúde.

Para Bodstein (2002), as medidas legais foram instrumentos centrais para implementação da atenção básica, sendo as Normas Operacionais Básicas (NOB's), os recursos indutores da reorganização do sistema de saúde brasileiro, pois regulamentaram os repasses de recursos financeiros do governo federal para os estados e municípios.

A NOB/93 introduziu a ideia de descentralização da gestão do SUS ao adotar como questão central a municipalização dos serviços, entretanto foi com a NOB/96 que, de fato, a descentralização se configurou como possibilidade pela transferência de recursos para a atenção básica, via à proposição do Piso de Atenção Básica (PAB).

O PAB alterou a lógica de repasse de recursos federais para a assistência à saúde feita pelos municípios. Passou a incentivar os municípios a assumirem de forma progressiva, a gestão da rede básica de serviços de saúde, ao repassar automaticamente recursos para a atenção básica. “Assim, as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde [...] (BODSTEIN, 2002, p. 406).

Os investimentos na Atenção Básica via PAB podem ser realizados por repasses fixos ou variáveis. O PAB fixo é repassado automaticamente aos municípios com base em um valor *per capita* por habitante⁵¹ de recursos financeiros federais aos municípios. O denominado

⁵⁰ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1991 e, em 1994, o governo estendeu o programa para todo o Brasil. O Decreto nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e a Lei nº 10.507/2002 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são individuais ou coletivas, voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde. As atividades do ACS são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2002n).

⁵¹ A Portaria nº 953, de maio de 2012 definiu o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante, de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios. O valor mínimo passa para R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por habitante ao ano, para os municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, para os municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes e os municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por

PAB variável ocorre pela transferência de recursos que visam incentivar determinados programas, ou seja, compreende um valor financeiro por equipe de Agentes Comunitários de Saúde ou de Equipe de Saúde da Família (MARQUES; MENDES, 2002; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Diante do exposto, explicita-se a indução por parte do Governo Federal de programas e políticas à medida que vincula-se a implementação do PACS e do PSF ao recebimento de recursos financeiros, ou seja, através da “[...] criação de condicionalidade para o acesso aos recursos em determinadas áreas, com a exigência de implementar programas federais, definidos de modo centralizado, como é o caso do PSF, das campanhas etc” (BARROS, 2001, p. 309).

Em março de 2006 foi publicada a Portaria nº 648/GM que regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2007c), sendo revogada pela Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 (2011f).

A Atenção Básica, de acordo com a portaria nº 2.488/GM “[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011f, p. 48). Também diferencia-se da atenção secundária e da terciária por focalizar os problemas mais frequentes que se apresentam, sobretudo em fases iniciais.

A Política Nacional de Atenção Básica colocou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a mudança do modelo de atenção e reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, por esse motivo, alterou a nomenclatura da Saúde da Família de “Programa” para “Estratégia”, indicou os princípios gerais da referida estratégia, definiu os papéis das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, bem como, do Ministério da Saúde.

habitante ao ano, para os municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes e os municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes; passa para R\$ 20,00 (vinte reais) por habitante ao ano, para os municípios não contemplados nos itens anteriores (BRASIL, 2012). A pontuação de cada município é calculada tomando-se por base o PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. A pontuação varia de 0 a 10, sendo que para chegar à pontuação final é utilizada, para cada município, a menor pontuação entre a população com bolsa família ou a população com extrema pobreza. As normas e os critérios, para a pontuação dos municípios, estão publicados na Portaria nº 1.602 de 9 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde, dentre outras competências, teria de viabilizar a articulação com o Ministério da Educação para desenvolverem estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, “visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica” (BRASIL, 2011f, p. 49).

A Atenção Básica à Saúde vem se configurando como o eixo estruturante da organização do Sistema de Saúde e da formação profissional da área. Os recursos financeiros destinados para projetos que viabilizem a formação de profissionais para atuarem na Atenção Básica nos últimos anos tem sido significativos, desde os anos de 2002, com a implementação do PROMED, em seguida com o Pró-Saúde e Pet-Saúde é claro o esforço oficial em induzir o processo de formação profissional. Todavia, mesmo com todo incentivo, intelectual e financeiro, parece que os projetos/programas voltados à formação não têm conseguido garantir que os profissionais desenvolvam suas funções junto as atividades de Atenção Básica à Saúde, principalmente os profissionais da medicina. Diante desse limite, o Ministério da Saúde, em 2011, lançou mais uma iniciativa oficial que agora visa fixar e levar os recém formados a se dedicarem à Atenção Básica.

O PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087 de 01 de setembro de 2011, com o objetivo de estimular e valorizar os profissionais de saúde que atuem em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

O programa surgiu da necessidade de provimento e fixação de profissionais de saúde em municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de população de maior vulnerabilidade⁵². Na primeira edição do Programa (2012) foram selecionados médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tinham concluído a respectiva graduação e que fossem portadores de registro profissionais junto ao conselho de classe específico, mediante recebimento de incentivos para atuarem nessas localidades. No primeiro edital a estimativa era oferecer 3,7 mil vagas aos profissionais das três categorias prevista no Programa, destas vagas 2.000 seriam para médicos; 1.000 vagas para enfermeiros e 700 vagas para dentistas.

⁵² De acordo com a Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011, as áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre os seguintes: I- Produto Interno Bruto (PIB) per capita; II- população sem cobertura de planos de saúde; III- percentual da população residente na área rural; IV- percentual da população em extrema pobreza; V- percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; VI- percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; VII- percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e VIII- indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com dados divulgados no site do PROVAB⁵³, até o início de fevereiro de 2013, 2.130 municípios haviam sido contemplados e na segunda edição do PROVAB (2013), a seleção foi destinada somente aos profissionais da medicina.

Em nota divulgada no site do PROVAB, o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha afirma que o programa representa o esforço em ampliar a assistência ao usuários do SUS que ainda têm dificuldade para acessar os serviços e profissionais de saúde, além de ser uma tentativa em reduzir as desigualdades regionais relacionadas à presença e permanência de profissionais de saúde à disposição da população.

Aos profissionais que participarem do referido Programa pelo prazo de dois anos será oferecido curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)⁵⁴. O profissional médico, após avaliado, uma vez aprovado no PROVAB e que pretenda ingressar em qualquer programa de Residência Médica, terá um bônus adicional de 10% na nota dos exames (BRASIL, 2011g).

Os Municípios contemplados devem contratar pelo prazo mínimo de 12 meses, os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas com remuneração equivalente à praticada pela Estratégia de Saúde da Família; e oferecer moradia para a equipe contratada, quando existir necessidade, a partir de critérios estabelecidos em edital(ais) específico(s) (BRASIL, 2011g).

Durante toda a atuação nas unidades de saúde, os profissionais serão tutorados pelas instituições de ensino superior participantes, que darão suporte presencial e à distância por meio de programas que possibilitem a discussão dos problemas vivenciados pelos profissionais na Atenção Básica à Saúde.

⁵³ Site do PROVAB: <http://provab.saude.gov.br>

⁵⁴ O Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O UNA-SUS visa propor ações que atendam as necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS; induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento dirigida aos trabalhadores do SUS, pela Rede UNA-SUS; Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação voltadas a atividades educativas; contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do país, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente. O sistema UNA-SUS é constituído por: I- Rede UNA-SUS: rede de instituições públicas de educação superior, credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação à distância, nos termos da legislação vigentes, e conveniadas com o Ministério da Saúde para atuação articulada, visando atender aos objetivos do programa; II- Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - Acervo UNA-SUS: acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores; e III- Plataforma Arouca: base de dados nacional, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional. Poderão integrar em caráter excepcional a Rede UNA-SUS outras instituições públicas que obtiverem credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu e para educação à distância (BRASIL, 2010b).

O PROVAB apesar de ser um programa recente, com pouco tempo de desenvolvimento, já recebeu sérias críticas, principalmente de entidades ligadas à Medicina. A Federação Nacional dos Médicos (FENAM), em 01 de fevereiro de 2013, publicamente em seu site, se manifesta em relação ao programa. Geraldo Ferreira, então presidente da FENAM informa: “A FENAM entende que o Programa não contribui para a fixação de mão de obra e principalmente que ele é um obstáculo da concretização dos desejos médicos, que são uma carreira médica nacional e o piso da entidade”.

Durante o III Fórum Nacional de Ensino Médico, realizado em Brasília nos dias 5 e 6 de julho de 2012, as entidades médicas presentes, discutiram sobre os riscos envolvidos na implementação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e cobraram uma solução permanente de fixação dos profissionais nas diferentes regiões do país e a oficialização de uma carreira que deveria ser assumida como de Estado. Waldir Cardoso, membro do Conselho Federal de Medicina, se pronunciou afirmando que “Sem uma carreira de Estado nenhum profissional terá estímulo para enfrentar os problemas de áreas interioranas” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Os debates no referido Fórum indicaram que as principais fragilidades do PROVAB são: ausência de preceptoría presencial; falta de financiamento consistente; vínculos de trabalho precários; remuneração inadequada e ausência de acesso a informações sobre a implantação do Provab em todo o país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

A presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Beatriz Costa, expôs vários questionamentos quanto à estruturação e ao desenvolvimento do programa e fez críticas contundentes: “[...] Para mim este Programa não é promover saúde, é dar uma desculpa a população. Vocação todo mundo tem, o que falta é estímulo para se trabalhar na atenção básica”. Afirmou ainda, que a melhor forma de se fixar médicos é implementar um plano de carreiras, parecido com o do poder judiciário, assegurar condições de trabalho e salários dignos, isso seria uma forma de valorizar o médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

As críticas da Medicina ao PROVAB, talvez não representam as questões das demais categorias profissionais envolvidas no programa (Enfermagem e Odontologia), mas suscitam o debate. A implementação do PROVAB reforça o entendimento de que o processo de formação não é infalível ou que tem o poder de regular com exatidão a atuação dos profissionais. A atuação dos profissionais é determinada por uma série de elementos, que passam pela formação, pela valorização profissional e acima de tudo pela garantia de condições para que os profissionais de fato exercem com qualidade seu trabalho.

3.3 Fios Condutores das Propostas de Reorientação da Formação em Saúde

Ao sistematizar os dados sobre as principais propostas e iniciativas sugeridas e/ou implementadas no campo da formação de profissionais que atuam na saúde no Brasil é possível perceber que a indicação da reforma/alteração/reorientação do processo formativo, do currículo das graduações em saúde constitui-se em um fio condutor que perpassa as propostas apresentadas unificando-as quanto aos principais encaminhamentos.

Há clara indicação de que a reforma do processo formativo deveria, em primeiro lugar, superar aquelas experiências educativas que, de certa forma, se identificavam com a proposta flexneriana, em que currículos organizam-se em disciplinas hierarquizadas, de conteúdos técnico-científicos com perspectiva biológica marcante, levando à especialização e à prática centrada na atenção hospitalar. Identifica-se que o referido modelo de formação é inadequado por não favorecer uma formação crítica e ampliada aos profissionais da saúde, não os capacitando para lidar com os problemas de saúde mais emergentes da população.

Outro elemento associado à ideia de reformar o ensino em saúde e que perpassa as diferentes iniciativas de formação, é a necessidade da incorporação de novos pressupostos pedagógicos, denominados inovadores, explicitados pelas máximas: do “aprender a aprender”; do “professor facilitador”; das “metodologias ativas” e da “aprendizagem significativa”, como fundamentais para promoverem as mudanças consideradas necessárias para superar o processo de formação “tradicional”, reputado como inadequado e insuficiente para a formação em saúde.

Dentre os argumentos oficiais que reforçam a alteração no processo de formação dos profissionais de saúde, no Brasil, há o imperativo das graduações atenderem às demandas das políticas atuais de saúde, com o intuito de efetivar a inversão do modelo assistencial, formando profissionais para atuarem em programas focalizados na atenção básica em saúde, centrados em ações preventivas com capacidade de abranger amplos grupos populacionais. Desse modo, potencializa-se a ideia de que a formação dos profissionais seria o principal obstáculo para a consolidação do sistema de saúde. Ao que parece, a mudança de ordem metodológica, de referencial pedagógico emerge como prioridade na formação dos profissionais de saúde, secundarizando a discussão dos fundamentos éticos e epistemológicos do processo saúde-doença. Ou ainda, a inovação pedagógica em muitos projetos/iniciativas é tida como a questão central para alavancar a mudança do processo em que a assistência à saúde no Brasil é produzida.

Diante dos dados apresentados, algumas considerações podem ser feitas. Uma é a de que a inversão do modelo de assistência à saúde, focalizada na Atenção Básica, tem possibilitado o revigoramento dos pressupostos das metodologias ativas como elementos inovadores e capazes de impulsionar mudanças no processo de formação na área da saúde. Todavia, em que sentido os pressupostos pedagógicos das metodologias ativas incorporados pelo campo da formação em saúde podem ser considerados de fato inovadores? Em que medida o campo da formação em saúde problematizou os fundamentos e possíveis desdobramentos da adoção das metodologias ativas/inovadoras à formação de profissionais da área da saúde no Brasil?

As metodologias ativas/inovadoras são divulgadas no campo da formação em saúde como defensoras de relações escolares democráticas possibilitadas por uma pedagogia que, por um lado, leva sempre em consideração os interesses imediatos dos alunos, e por outro, que o professor assuma a postura de facilitador, aceitando sempre a pessoa do aluno. Mizukami (1986), ao estudar as diferentes abordagens do processo ensino-aprendizagem, indicou que o referencial que enfatiza a participação ativa do aluno na aprendizagem sugerindo a secundarização do papel do professor na relação pedagógica, como forma de respeito e aceitação plena do aluno, possui elos com o escolanovismo⁵⁵.

Mizukami (1986) ao buscar responder quais pressupostos teórico-metodológicos fundamentariam a ação docente, partiu da suposição de que no Brasil cinco abordagens tenham influenciado os professores: Abordagem tradicional; abordagem comportamentalista; abordagem humanista; abordagem cognitivista e abordagem sócio-cultural. O resultado do estudo indicou um pluralismo na interpretação do processo ensino-aprendizagem por parte dos professores; uma compreensão eclética do fenômeno educativo. A abordagem cognitivista foi a que prevaleceu no posicionamento dos educadores, sujeitos da pesquisa.

A conclusão do estudo procedeu a uma crítica ao processo de formação de professores por não confrontar as abordagens teóricas do processo ensino-aprendizagem com a prática pedagógica. Indicou que a formação deveria possibilitar ao futuro professor a análise do próprio fazer pedagógico, de suas implicações, pressupostos e determinantes, no sentido de que ele se conscientizasse de sua ação, para que pudesse, além de interpretá-la e contextualizá-la, superá-la constantemente (MIZUKAMI, 1986).

⁵⁵ A Escola Nova ou o 'escolanovismo' foi um movimento que buscou superar a escola tradicional, tida como excessivamente rígida, magistrocêntrica e voltada para a memorização dos conteúdos. A partir da crítica à pedagogia tradicional, esboçou uma nova maneira de interpretar a educação e buscou implantá-la, por meio de experiências restritas; em seguida, envidou esforços para sua generalização no âmbito dos sistemas escolares (ARANHA, 2006; SAVIANI, 1991a).

Ao que parece, o movimento de reorientação da formação em saúde, em termos pedagógicos, tem retomado algumas das principais teses do movimento escolanovista, ao enfatizar as descobertas feitas pelos alunos em detrimento do domínio cognitivo do saber produzido socialmente. Sendo, portanto, mais importante o aprender a aprender do que o domínio do conhecimento. Diante disso, indaga-se até que ponto a defesa da aprendizagem significativa, do aprender a aprender, do professor facilitador, no ensino formal não se torna uma concepção ideológica que restringe o sucesso e o fracasso da aprendizagem ao livre arbítrio do aluno?

O aprofundamento das questões apresentadas é necessário e urgente, uma vez que parece haver um consenso de que as metodologias ativas, respaldadas no não diretivismo pedagógico, poderão responder de forma progressista aos problemas da formação superior dos profissionais da área da saúde. Na falta do debate, há a incorporação e a adesão incontestes a tais orientações, sem uma avaliação mais radical sobre os desdobramentos políticos e pedagógicos para a formação de futuros profissionais da saúde.

4 INOVAÇÕES DO SÉCULO PASSADO: ORIGENS DOS PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS PRECONIZADOS NAS PROPOSIÇÕES OFICIAIS PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE

No campo da qualificação profissional em saúde as metodologias anunciadas como inovadoras/ativas de ensino-aprendizagem são tomadas como centrais para promoverem a reforma na educação superior dos profissionais da área como constatada nas seções anteriores. O movimento de reorientação da formação dos profissionais da saúde parte da premissa de que seria indispensável que as IES atendessem à necessidade, bastante “consensuada” entre os defensores do SUS, de inversão do modelo de assistência à saúde por meio da alteração dos pressupostos teórico-metodológicos do ensino profissional, sendo as metodologias inovadoras capazes de formar profissionais mais comprometidos, técnica e politicamente, com os problemas de saúde da população brasileira.

Se no campo da difusão das metodologias inovadoras/ativas parece não haver dúvidas da inevitabilidade de sua incorporação aos processos formativos que pretendam responder de forma progressista aos problemas do preparo superior em saúde, o que parece não ser tão manifesto são as origens teórico-metodológicas do referencial pedagógico constante nas principais propostas/iniciativas oficiais de formação. Considerando tal fato, buscou-se nesta seção problematizar os fundamentos pedagógicos do referencial teórico preconizado para o processo de formação.

A construção da seção parte da retomada dos principais pressupostos pedagógicos, identificados anteriormente, que recorrentemente são apresentados como inovadores nas propostas oficiais para a formação profissional em saúde, visando identificar seus vínculos com os elementos centrais das pedagogias novas, por meio da leitura e sistematização da considerável produção teórica nacional, no que se refere tanto à categorização, quanto à discussão dos fundamentos teórico-práticos das correntes pedagógicas que embasam ou embasaram a educação escolar¹. Pela leitura dessa produção, foi possível a aproximação com os diferentes referenciais teórico-metodológicos acerca da compreensão dos pressupostos que envolvem os processos de ensino-aprendizagem; a relação professor-aluno; a definição de métodos de ensino e conteúdos escolares, bem como o cotejamento com aqueles princípios

¹ O estudo e a sistematização das ideias pedagógicas podem ser encontrados, dentre outros, em: GADOTTI (2004); LIBÂNEO (1994, 2002); LUCKESI (1990); MIZUKAMI (1986) e SAVIANI (1991b, 2007).

pedagógicos expostos nos documentos que tratam de oferecer parâmetros orientadores para a formação em saúde no Brasil.

Como já explicitado anteriormente, o movimento pela reformulação da instrução superior dos profissionais que atuam na saúde, que culminou nas atuais propostas oficiais, é resultado de um longo debate e de diversas sugestões de diferentes instâncias e organizações de caráter nacional e internacional, a maioria ligada à área da saúde, como o Ministério da Saúde, a OPAS, a OMS, e a UNESCO e o Ministério da Educação, além de organizações vinculadas às profissões da saúde, com destaque para as entidades da medicina.

Desse movimento, no Brasil a partir da década de 1990, emergiram iniciativas mediante críticas contundentes às IES, no que tange aos processos formativos dos profissionais da saúde, tidos como reducionistas e tecnicistas (CAMPOS; CECCIM, 2006; FEUERWERKER; LIMA, 2002; BRASIL, 2007a), críticas que foram ganhando corpo por meio de projetos e de políticas destinados a reorientar esses processos.

De modo geral, as propostas oficiais de formação profissional em saúde indicam a necessidade da reforma curricular, visando alterar a abordagem metodológica no sentido de levar o estudante a buscar uma postura ativa e crítica, a aprender a ser flexível e a conviver com as diferenças, tornando-se mais apto a se adaptar a tarefas novas e inesperadas (BRASIL, 2007a; FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Os termos utilizados pelo movimento de reorientação da formação profissional em saúde para designar o referencial pedagógico sugerido/divulgado são variados, entre eles se destacam: metodologias inovadoras/referenciais pedagógicos inovadores/práticas pedagógicas inovadoras ou ainda, metodologias ativas. Os conceitos são utilizados como similares, sem distinção para explicitar os princípios pedagógicos manifestos pela máxima do aprender a aprender, professor facilitador, aprendizagem significativa, metodologia ativa de aprendizagem e aprendizagem por problemas, que são conclamados como a única possibilidade de promover uma formação mais qualificada e crítica em saúde.

4.1 Referenciais Pedagógicos Inovadores em Saúde: Significados e Origens

Na busca por problematizar o referencial teórico recomendado pelo movimento de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil realizou-se sistematização, a qual pretende explicitar quais são os pressupostos pedagógicos tomados como inovadores e recorrentemente recomendados como centrais, em diversas iniciativas voltadas às mudanças nas propostas formativas em saúde. A referida sistematização pode ser verificada no quadro abaixo:

Quadro 5 - Princípios pedagógicos assimilados e divulgados por diferentes iniciativas de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil.

PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS	INICIATIVAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL
Aprendizagem significativa	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogia Médica, divulgada na América Latina e no Brasil por meio do CLATES/NUTES; • Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Professor facilitador	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogia Médica, divulgada na América Latina e no Brasil por meio do CLATES/NUTES; • Rede UNIDA; • Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde; • PROMED; • Pró-Saúde
Aprender a aprender	<ul style="list-style-type: none"> • Rede UNIDA; • Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde; • Pró-Saúde
Aprendizagem ativa	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogia Médica, divulgada na América Latina e no Brasil por meio do CLATES/NUTES; • Programa UNI; • PROMED
Aprendizagem por problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Programa UNI

Fonte: Os dados apresentados foram sistematizados levando em conta o estudo das iniciativas de mudanças na formação em saúde no Brasil.

É importante destacar que os princípios pedagógicos identificados como inovações no ensino em saúde derivam de métodos de ensino-aprendizagem que prometem revitalizar o

processo formativo na área, dentre eles se destacam a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização.

Considerando essas constatações faz-se necessário, antes de qualquer coisa, explicitar o que se entende, neste estudo, por princípio pedagógico; referencial pedagógico e método de ensino. A primeira aproximação do significado de princípio ou pressuposto pedagógico é a definição semântica dos termos. De acordo com a conceituação mais comum, princípio seria o fundamento, a origem, o preceito, a base de determinada ação, posição, comportamento ou teoria. Por outro lado, pressuposto pode ser definido como pressuposição ou aquilo que se pretende atingir, como um ponto, uma ideia que orienta um plano ou uma ação (HOUAISS, 2001).

Os princípios/pressupostos pedagógicos podem ser entendidos como os fundamentos, as orientações que irão compor o quadro teórico que dará direção ao processo educativo. “[...] não há como se ter uma proposta pedagógica sem pressuposições (no sentido de fundamentos) e proposições filosóficas, desde que tudo o mais depende desse direcionamento” (LUCKESI, 1990, p. 33).

Vale advertir que os princípios/pressupostos pedagógicos não podem ser entendidos em si e por si mesmos, mas como representações da prática real em que a educação se desenvolve, porém, nem sempre os princípios/pressupostos estão tão explícitos, mas eles permeiam toda opção teórica no campo da educação. O estudo e a reflexão deverão “fazê-los” aparecer, pois só com a tomada de consciência desses pressupostos é que se pode optar, escolher um ou outro referencial pedagógico para nortear a prática educacional (SAVIANI, 2007; LUCKESI, 1990).

Portanto, os princípios pedagógicos do aprender a aprender; professor facilitador; aprendizagem significativa; metodologia ativa de aprendizagem e aprendizagem por problemas, divulgados pelas diferentes iniciativas de reorientação da formação em saúde explicitam as bases teórico-metodológicas do referencial pedagógico que tem guiado o processo formativo em saúde nos últimos anos.

Na tarefa de manifestar o entendimento do que é um referencial pedagógico buscou-se o auxílio da reflexão de Snyders² (1978), expressa na obra *Para onde vão as pedagogias não-directivas?* Que esclarece que um referencial pedagógico revela não só encaminhamentos

² Filósofo e educador francês, Georges Snyders (1917-2010) escreveu: *Pedagogia progressista* (1. ed., 1971); *Escola, classes e luta de classes* (1. ed., 1976) e *Para onde vão as pedagogias não-directivas?* (1. ed. 1973), obra que fez críticas aos princípios da não diretividade pedagógica, defendeu o papel do professor, criticou a ideia de deixar os alunos à mercê de sua espontaneidade, questionando a ênfase dada ao processo pedagógico e não ao conteúdo escolar. Snyders reforçou a necessidade da socialização da cultura dominante como forma de emancipação popular (ARANHA, 2006; VIEIRA, 2012).

didáticos específicos, ligados aos aspectos técnicos ou metodológicos do processo de ensino-aprendizagem, mas revela a dimensão política e filosófica do ato educativo.

O que define e diferencia um referencial pedagógico de outro são os conteúdos eleitos como essenciais e as atitudes propostas para serem levadas aos alunos, ou seja, o elemento dominante de um referencial pedagógico relaciona-se ao saber ensinado e como este pode auxiliar os estudantes na compreensão da realidade que os cerca (SNYDERS, 1978; LUCKESI, 1990).

[...] para se perceber a significação de uma pedagogia, é necessário remontar até o seu elemento dominante: o saber ensinado. O que diz e que se oculta aos alunos? Como lhes apresentam o mundo em que vivemos? Para que ações os conduzem as palavras, os silêncios, as atitudes implícitas e explícitas do mestre? Que ajuda se lhes dá, para ultrapassarem as mistificações interessadas nas quais tantas forças contribuem para os manter? (SNYDERS, 1978, p. 310).

Em vista disso, uma Pedagogia, um referencial pedagógico revela não só os aspectos técnicos metodológicos do processo ensino-aprendizagem, mas manifesta fundamentalmente o posicionamento em relação ao papel da escola na transformação ou manutenção de determinado projeto societário.

Um referencial pedagógico pode ser entendido como a reflexão teórica/filosófica sobre a educação; o que guia os encaminhamentos didático-metodológicos do fazer pedagógico em dado processo educativo. O referencial pedagógico revela a dimensão com que os elementos que compõem o processo de ensino-aprendizagem são entendidos: os conteúdos, os objetivos educacionais, os alunos, os métodos e técnicas de ensino (LIBÂNEO, 1994).

Luckesi (1990) adverte que todos os pressupostos pedagógicos se sustentam em um pensamento filosófico sobre a educação e estão na prática escolar subjacentes, mas muitas vezes não são explícitos, nem por isso inexistentes. Por esse motivo, é fundamental, ao aderir a dado referencial pedagógico e a seus respectivos princípios, apreender os fundamentos teóricos que os embasam, bem como identificar o contexto em que foram produzidos e a quais problemas concretos se propuseram a responder.

Toma-se como pressuposto que a incorporação de dado referencial pedagógico sem a devida reflexão dos aspectos teóricos que os embasam pode produzir efeitos danosos a qualquer processo de formação, seja ele formal ou informal, na saúde ou em outra área, uma vez que pode gerar o ecletismo pedagógico, o qual tenta conciliar/combinar teorias e

metodologias pedagógicas com posições filosóficas antagônicas, as quais na prática, produzirão confusões e contradições que, certamente, no mínimo, dificultarão essa formação.

O referencial pedagógico divulgado atualmente na área da formação em saúde tem sido denominado como inovador, tendo por característica central o contraponto a propostas pedagógicas e métodos de ensino considerados tradicionais. É a partir desse entendimento que são divulgados métodos de ensino considerados capazes de inverter a lógica da formação escolar e promover uma formação mais crítica, dentre eles, no campo da saúde foram identificados, como já assinalado anteriormente, a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização.

Quanto ao entendimento do que seria um método de ensino, de forma geral, método pode ser compreendido como o meio para se atingir um determinado objetivo, mais especificamente, pode ser entendido como o modo pelo qual o professor organiza as ações, atividades de ensino e de aprendizagem, para atingir os resultados desejados, definidos pelos objetivos educacionais (LIBÂNEO, 1994; LUCKESI, 1990).

A escolha de um determinado método de ensino para a realização de atividades educativas depende dos conteúdos educacionais e objetivos que se pretende atingir; mas o que determina a filiação e seleção por um ou outro método de ensino são os princípios e o referencial pedagógico adotado pelo docente ou pela instituição escolar. Assim, o entendimento do que seja, por exemplo, o processo ensino-aprendizagem; relação professor-aluno; apropriação do conhecimento sistematizado e o papel da instituição escolar na sociedade definirão a escolha e o uso de determinado método de ensino.

Com o intuito de focar a análise no objetivo central desta seção serão retomados os pressupostos pedagógicos do referencial teórico preconizado para o processo de formação profissional em saúde, buscando revelar seus elementos teóricos e possíveis articulações com os elementos centrais das pedagogias novas, problematizando que o que se apresenta como novo é releitura de teorias já amplamente experimentadas com seus limites e possibilidades.

Cambi (1999), na obra *a História da Pedagogia*, indica que a Escola Nova ao longo do seu desenvolvimento revelou distintas perspectivas pedagógicas, sendo mais exato afirmar que, no decorrer do século XX, desenvolveram-se “Escolas Novas”, com modelos e experiências particulares, todas embasadas na crítica ao modelo tradicional de ensino e inspiradas na ideia do ativismo pedagógico, tendo o aluno e suas necessidades como o centro do processo educativo.

As “Escolas Novas” surgiram como um movimento renovador e se desenvolveram como experimentos isolados, ligados a certas condições particulares e a personalidades de diferentes educadores.

Essa renovação foi maior no âmbito da tradição ativista, quando a escola se impôs como instituição-chave da sociedade democrática e se nutriu de um forte ideal libertário, dando vida tanto a experimentações escolares e didáticas baseadas no primado do ‘fazer’ quanto a teorizações pedagógicas destinadas a fundar/interpretar essas práticas inovativas partindo de filosofias ou abordagens científicas novas em relação ao passado (CAMBI, 1999, p. 513).

Os princípios do ativismo e da não diretividade pedagógica foram os alicerces do movimento das pedagogias novas e reforçaram várias posições que marcaram e marcam o processo pedagógico escolar até a atualidade.

4.1.1 A não diretividade pedagógica direcionando o processo de formação em saúde

Como apresentado na seção anterior, várias iniciativas de reorientação da formação dos profissionais em saúde divulgaram, ao longo das últimas décadas no Brasil, pressupostos pedagógicos considerados inovadores que teriam a potencialidade de promover a superação do modelo de formação escolar em saúde avaliado como tradicional.

No início dos anos 2000, esse movimento ganha força e se oficializa por meio da aprovação e implementação de projetos, programas e políticas voltados à reorientação da formação em saúde, sendo eles, o PROMED, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, nos últimos anos, as Diretrizes Curriculares Nacionais das graduações em saúde e o Pró-Saúde. Mediante sistematização dos dados acerca de tais iniciativas oficiais, é possível inferir que os princípios pedagógicos, aprender a aprender, professor facilitador, aprendizagem significativa, metodologia ativa de aprendizagem e aprendizagem por problemas, alicerces das propostas formativas, se articulam aos referenciais teórico-metodológicos das pedagogias de caráter não diretivo.

Snyders (1978) ao questionar a direção das pedagogias não diretivas afirma que a defesa da não diretividade pedagógica sustenta-se na ideia de que as experiências educativas realizadas na escola devem se basear em relações democráticas, nas quais o professor deve

facilitar e intensificar as relações interpessoais, para que o estudante possa por si mesmo formular suas dificuldades e buscar os meios para saná-las.

A não diretividade no ensino formal visa desenvolver e gerar relações interpessoais, sentimentos de autoconfiança e liberdade, sendo os conteúdos minimizados no processo pedagógico. O método da não diretividade pretende-se não estruturante do processo de aprendizagem, outrossim, constitui-se em um método informante da aprendizagem ao aluno. O professor não dirige o processo pedagógico de ensino-aprendizagem, limita-se a promover e facilitar situações em que o próprio aluno construa suas experiências formativas (MIZUKAMI, 1986).

Para o referencial da não diretividade pedagógica o estudante possui um potencial interno e espontâneo de auto-realização, podendo fazer suas próprias escolhas, desde que vivencie um clima de aceitação e livre de cobranças e ameaças, assim, a instituição escolar deve valorizar o desenvolvimento de relações interpessoais positivas (LIBÂNEO, 2002).

Cabe destacar que a não diretividade pedagógica está ligada teoricamente à Pedagogia Ativa, movimento que surgiu no final do século XIX, fundamentalmente na Europa e nos Estados Unidos da América como contraposição à pedagogia tradicional. A Pedagogia Ativa propôs uma mudança radical na educação ao colocar o estudante, suas necessidades e capacidades no centro do processo educativo; ao enfatizar a atividade como precedente ao conhecer, em que o ambiente e não o saber sistematizado torna-se central na aprendizagem (CAMBI, 1999).

A criança é o ponto de partida, o centro e o fim. Seu desenvolvimento e seu crescimento, o ideal. Só ele fornece a medida e o julgamento em educação. [...] O ideal não é acumulação de conhecimentos, mas o desenvolvimento de capacidades (DEWEY, 1978, p. 46).

[...] o indivíduo e o meio social são, portanto dois fatores harmônicos e ajustados. O meio social ou o meio escolar, se bem compreendidos, devem fornecer as condições pelas quais o indivíduo liberte e realize a sua própria personalidade. Não podemos, assim, considerá-los antagônicos (DEWEY, 1978, p. 27-28).

Não há, pois nenhum meio direto de controlar ou governar a educação que a geração infantil recebe, salvo o de preparar o ambiente em que a criança age, pensa e sente. Não se educa diretamente mas indiretamente através de um meio social (DEWEY, 1978, p. 24).

Dentre os principais pressupostos divulgados pela Pedagogia Ativa destacam-se: a) o puericentrismo, expresso pelo reconhecimento do papel, essencialmente ativo, da

criança/aluno como o centro do processo educativo; b) a valorização da experiência (de cunho sensorial) no âmbito da aprendizagem; c) a motivação/significação, segundo a qual toda aprendizagem deve estar ligada a determinada necessidade do estudante; d) o ambiente como elemento central e estimulador no processo de aprendizagem; e) o antiautoritarismo, tendo a liberdade e a democracia como base para as relações pedagógicas; f) o anti-intelectualismo que se evidenciou pela desvalorização de programas educacionais centrados pela socialização de saberes sistematizados (CAMBI, 1999, p. 526-527).

O desenvolvimento da Pedagogia Ativa deve-se a uma gama de teóricos que, com diferentes abordagens divulgaram os fundamentos basilares desse referencial pedagógico, difundindo seus pressupostos a diferentes realidades sociais e educacionais. O ativismo pedagógico inspirou vários movimentos educacionais que emergiram ao longo de todo o século XX, além de alguns de seus pressupostos terem sido assimilados por concepções educativas bem distintas, como a pedagogia católica e a marxista (CAMBI, 1999).

Manacorda (1992), na obra *História da Educação: da antiguidade aos nossos dias*, ao apresentar os problemas da instrução nas democracias burguesas afirma que John Dewey³ foi o máximo teórico da escola ativa e progressista, fundamentada no *learning by doing*, no aprender fazendo.

Dewey compreendia a educação como um evento social, possuindo uma tríplice unidade: fim social, força social, interesse social, sendo a escola o instrumento fundamental e mais eficaz de progresso e de reforma social (MANACORDA, 1992).

De acordo com Manacorda, Dewey pode ser considerado um dos mais geniais observadores das relações entre educação e produção, entre educação e sociedade. Apesar disso, adverte que a conexão que propõe entre ensino e atividade, ensino e trabalho não pode ser identificada com a mesma unidade visada por Marx. Para Dewey “é a adequação dinâmica da escola à vida produtiva real, dinâmica no sentido de que escola pode ser chamada a colaborar para a mudança [...]” (MANCORDA, 1992, p. 320).

Na obra *Marx e a Pedagogia Moderna*, Manacorda (1991) afirma que a conexão proposta por Marx entre ensino e trabalho não pode ser confundida “[...] como aquela proposta pelas modernas escolas ativas do trabalho - do *sloyd*, do *learning by doing* - de

³ John Dewey (1859-1952) foi filósofo, psicólogo e pedagogo norte-americano, é reconhecido como um dos fundadores da escola filosófica do pragmatismo, divulgador principal do movimento da educação progressiva norte-americana durante a primeira metade do século XX. Suas preocupações ligaram-se à filosofia, educação, psicologia, sociologia e política, fato que possibilitou uma vasta produção teórica. Criou uma escola-laboratório de nível básico para ajudar a avaliar, modificar e desenvolver as suas ideias sobre educação (GADOTTI, 2004).

inspiração positivista, pragmática ou de qualquer outro tipo, de Salomon a Dewey [...]” (MANACORDA, 1991, p. 125).

Para Marx o trabalho não é o trabalho artesanal, aquele anti-industrial; nem é o trabalho das modernas escolas administrativas, aquele em que a ênfase era a aquisição de uma ou mais tarefas do processo produtivo; nem mesmo é o trabalho meramente didático, corretivo de uma cultura abstrata, mas é um trabalho produtivo, que exclui toda oposição entre cultura e profissão, que oportuniza a prática do manejo dos instrumentos essenciais de todos os ofícios, um trabalho que se fundamenta “[...] nos aspectos mais modernos, revolucionários, integrais do saber” (MANACORDA, 1991, p. 125). Enfim, um trabalho que garanta o acesso aos fundamentos da ciência.

Manacorda (1991; 1992) adverte que é necessário fazer diferenciações entre os princípios da Pedagogia Ativa e os princípios do pensamento pedagógico marxiano. A base, a origem das teses pedagógicas marxianas e da Pedagogia Ativa são comuns, é a realidade viabilizada pela Revolução Industrial, o que as diferencia é a forma de reagir a ela. Enquanto as pedagogias modernas, dentre elas a Pedagogia Ativa, se posicionavam frente às consequências da Revolução Industrial por meio da lamentação das mudanças exigidas pelo novo modelo de produção ou pela aceitação a-histórica que reforça a lógica da divisão do trabalho pela ideia dos diferentes talentos humanos, Marx constata que o novo modelo de produção é um processo real que requereria uma rigorosa crítica das relações sociais.

Marx propõe a união entre ensino e trabalho e entende que o processo educativo, rico em conteúdos teóricos, deve estar articulado como o processo da produção moderna, tendo a prática/atividade humana como central na produção do saber.

A prática que Marx tem em mente é algo que não coincide como objetivo individual em que se verifica a validade de um pensamento, que é a posição característica de um certo pragmatismo. Marx fala, no entanto, de modificar o mundo, isto é de uma atividade na qual a sociedade humana está fortemente empenhada e que representa de certa maneira, todo o processo de sua história: apropriar-se da natureza de modo universal, consciente e voluntário, modificá-la e, ao modificar a natureza e seu próprio comportamento em relação a ela, modificar a si próprio, como homem (MANACORDA, 1991, p. 126).

Apesar de certos termos/conceitos serem tomados como análogos entre as ideias pedagógicas marxianas e as da pedagogia moderna, há uma diferenciação radical entre as duas perspectivas. A pedagogia moderna reforçou um movimento que indicou uma certa obliteração dos conteúdos e a ênfase sobre os métodos, considerados “ativos”, fundados sobre

o interesse e a escolha autônoma do aluno. Enquanto que para Marx não é alheia a superação da cisão entre espontaneidade do discente e organicidade do saber, entre interesse subjetivo e dados objetivos, entre motivação e racionalização (MANACORDA, 1991).

É possível indicar que o referencial pedagógico, bem como os pressupostos, divulgados no campo da formação em saúde inspiram-se nos ideais da Pedagogia Ativa e da não diretividade pedagógica. Tal dado será explorado quando do aprofundamento dos princípios pedagógicos divulgados pelas propostas oficiais, sejam em projetos, políticas ou programas voltados à reorientação da formação em saúde no Brasil.

4.2 A Aprendizagem Significativa: a Imediaticidade como Pressuposto

A aprendizagem significativa é um dos princípios pedagógicos que embasam o referencial pedagógico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A referida política tem ganhado força como um aporte importante para a gestão de recursos humanos na área. Segundo Ceccim (2005), a introdução da Educação Permanente em Saúde seria a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. De acordo com argumentos divulgados no Seminário Internacional de Políticas de Recursos Humanos em Saúde, é desejável que a aprendizagem seja contínua e ao 'longo da vida', pois as IES criam oportunidades apenas para o contato inicial dos futuros profissionais com suas áreas específicas de atuação, centrando-se em determinados conhecimentos técnicos e negligenciando outras habilidades relevantes, tais como: a capacidade de aprender a aprender e de desenvolver trabalho em equipe a fim de resolver os problemas emergentes no setor e melhorar a qualidade da assistência, bem como, o desenvolvimento crítico e ético dos sujeitos (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

O anexo da Portaria nº 198/2004 que orientava a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde apresentava o enfoque que deveriam ter os projetos voltados à formação de profissionais. Uma das linhas a serem apoiadas, financeiramente, referia-se à necessidade de mudança na graduação em saúde, pelo incentivo à implementação das diretrizes curriculares para o ensino da área. Especificamente, quanto à educação formal dos profissionais da área, o documento apontava quais princípios pedagógicos deveriam nortear a formação, a saber:

[...] o desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões de saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início do curso [...] (BRASIL, 2004d, p. 19).

A Educação Permanente em Saúde recorre aos pressupostos das metodologias ativas, tomando essencialmente a noção de aprendizagem significativa como princípio pedagógico. Nesse sentido, vincula a aprendizagem a elementos que façam sentido imediato aos sujeitos envolvidos, de acordo com o que discutem Lima et al. (2010); Pinto et al (2010) e Ramos (2009).

Na aprendizagem significativa, educador e estudantes têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o estudante a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) [...] Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada sujeito com seus potenciais e dificuldades, que esteja voltada à construção de significados (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 172).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além de orientar a mudança teórico-metodológica da formação inicial concretizada nos cursos de graduação, também indicou outros enfoques que reforçariam a formação de profissionais para o SUS, sendo eles: desenvolvimento de ferramentas e metodologias para a educação permanente em saúde; educação e desenvolvimento de profissionais de saúde voltados para a atuação na Saúde da Família, na gestão e para o controle social do SUS (BRASIL, 2004d).

Ao aprofundar o estudo sobre os pressupostos das pedagogias novas foi possível identificar a articulação do pressuposto da aprendizagem significativa com o referencial de autores defensores da não diretividade pedagógica.

Um dos difusores da não diretividade pedagógica foi Carl Ransom Rogers (1902-1987), psicólogo norte-americano de grande influência, por sistematizar um método ao qual denominou “*Terapia Centrada no Cliente*”, ou também “*Abordagem Centrada na Pessoa*”. É considerado o precursor da Psicologia Humanista e seus métodos estão descritos em algumas de suas obras. Os livros *Tornar-se Pessoa* e *A Pessoa como Centro*, traduzidos e

divulgados no Brasil na década de 1970, explicitam os fundamentos de sua abordagem em psicoterapia.

A construção de seu referencial sobre a educação pode ser identificada de forma mais pontual na obra *Liberdade para Aprender*, em que Rogers levou os princípios de sua *Terapia Centrada no Paciente* para o campo educacional, definindo a aprendizagem significativa e o professor facilitador como conceitos-chave em sua teoria. Nos fragmentos a seguir percebe-se como Rogers compreendia o processo de aprendizagem e de certa forma o papel do professor:

Creio que aquilo que se pode ensinar a outra pessoa não tem grandes conseqüências, como pouco ou nenhuma influência significativa tem sobre o comportamento [...]

Compreendo cada vez melhor que apenas estou interessado nas aprendizagens que tenham uma influência significativa sobre o comportamento. É muito possível que se trate unicamente de uma idiosincrasia pessoal.

Sinto que o único aprendizado que influencia significativamente o comportamento é o aprendizado autodescoberto, auto-apropriado.

Um conhecimento autodescoberto, essa verdade que foi pessoalmente apropriada e assimilada à experiência de um modo pessoal, não pode se comunicar diretamente a outra pessoa (ROGERS, 1985, p. 254).

Para Rogers (1971), os seres humanos têm naturalmente potencialidade de aprender, e aprendem algo que se relaciona com os seus próprios objetivos, portanto, a aprendizagem deve ser significativa e autodirigida. Ao professor caberia a função de promover um clima favorável de liberdade para facilitar a aprendizagem, trazendo à tona os propósitos individuais ou os do grupo.

O conceito de aprendizagem significativa ganha destaque como um dos princípios pedagógicos defendidos pelos documentos que tratam da orientação da formação em saúde no Brasil, e como já exposto, é um dos princípios da não diretividade na educação. Segundo Rogers (1971), a aprendizagem significativa seria toda aprendizagem autodescoberta, aquela com sentido imediato para os sujeitos envolvidos:

A aprendizagem significativa verifica-se quando o estudante percebe que a matéria a estudar se relaciona com seus próprios objetivos [...] uma pessoa só aprende significativamente aquelas coisas que percebe implicarem na manutenção ou na elevação de si mesma (ROGERS, 1971, p. 154).

A aprendizagem significativa aumenta ao máximo, quando o aluno escolhe suas próprias direções, ajuda a descobrir recursos de aprendizado próprio, formula problemas que lhe dizem respeito, decide quanto ao curso de ação a seguir (ROGERS, 1971, p. 158).

Considerando o exposto, é possível fazer algumas ponderações com relação à concepção e aos desdobramentos pedagógicos do conceito de aprendizagem significativa, retirado do contexto da clínica psicológica e aplicado aos processos formais de educação. Ao que parece, o referido princípio pedagógico secundariza o papel do professor como mediador do processo de ensino-aprendizagem, pois parte do pressuposto de que o professor não deve transmitir conhecimentos, deve facilitar a aprendizagem e os conteúdos escolares precisam estar diretamente relacionados às experiências dos alunos.

No campo específico da Psicologia da Educação, David Paul Ausubel⁴, ao tentar explicar a aprendizagem escolar e o ensino trabalhou com o conceito de aprendizagem significativa, o qual se tornou central em sua teoria.

Segundo Pelizzari et al. (2002), as ideias de Ausubel, formuladas inicialmente nos anos de 1960, podem ser consideradas as primeiras propostas psicoeducativas que tentaram explicar a aprendizagem escolar e o ensino sob uma ótica divergente aos princípios direcionistas.

Para Ausubel (2002), a aprendizagem significativa ocorre quando o estudante relaciona, de forma não arbitrária e substantiva (não literal), uma nova informação a outras com as quais já esteja familiarizado, sendo o resultado dessa relação, o surgimento de um novo significado.

A aprendizagem significativa pressupõe que o aluno manifeste uma disposição para a aprendizagem significativa – ou seja, uma disposição para relacionar, de forma não arbitrária e substantiva, o novo material à sua estrutura cognitiva – e que o material aprendido seja potencialmente significativo – principalmente incorporável à sua estrutura de conhecimento através de uma relação não arbitrária e não literal (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980, p. 34).

As duas características básicas da aprendizagem significativa definida por Ausubel são: a não arbitrariedade e a substantividade. A não arbitrariedade refere-se ao entendimento de que o material potencialmente significativo se relaciona de forma não aleatória com os conhecimentos já existentes na estrutura cognitiva do estudante. “Os conhecimentos, que o indivíduo adquiriu ao longo da sua existência, funcionam como um conjunto ordenado e

⁴ David Paul Ausubel (1918-2008) foi um psicólogo importante da educação estadunidense. Destacou-se ao propor a teoria cognitivista da aprendizagem, que afirmava a tese de que aprender é construir conhecimento. Sua teoria se contrapôs à forma em que era encaminhada a educação escolar em seu tempo, fundamentalmente as ideias behavioristas de aprendizagem e desenvolvimento humano. Foi influenciado por Piaget ao elaborar seu pensamento educacional (FERNANDES, 2011; PELIZZARI. et al., 2002).

organizado de idéias para a incorporação, compreensão e fixação de novos conhecimentos [...]” (PRAIA, 2000, p. 124).

A substantividade implica em que o material da aprendizagem deve se relacionar de modo substantivo com as ideias relevantes que já existem na estrutura cognitiva do estudante, ou seja, o mesmo conceito ou proposição pode ser expresso através de uma linguagem sinônima que vai remeter ao mesmo significado (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

A teoria da aprendizagem significativa de Ausubel respalda-se no entender de que o fator mais importante de que depende a aprendizagem de um aluno é aquilo que ele já sabe, aquilo que está incorporado em sua estrutura cognitiva (MOREIRA et al., 2000). Fica claro que a produção teórica de Ausubel⁵ é a expressão das teorias cognitivistas com ênfase na pedagogia por descoberta, ao destacar a importância da aprendizagem ativa, em que o aluno busque por si mesmo realizar aprendizagens significativas, reforçando por sua vez outro princípio pedagógico das pedagogias não diretivas que é o “aprender a aprender” (PELIZZARI et al., 2002).

O princípio da aprendizagem significativa defendida por Rogers articula-se à concepção inatista de desenvolvimento humano, em que as capacidades dos sujeitos, dentre elas, traços da personalidade, valores pessoais, hábitos, forma de pensar, encontram-se em sua forma acabada por ocasião do nascimento dos mesmos. O entendimento é de que as características propriamente humanas são naturais aos sujeitos não sendo adquiridas ou aprendidas. “Os seres humanos têm natural potencialidade de aprender. São curiosos a respeito do mundo em que vivem, até que, e a menos que, tal curiosidade seja entorpecida por nosso sistema educacional” (ROGERS, 1971, p. 154).

Segundo Rego (2005), a concepção inatista gera uma perspectiva limitada do papel da educação escolar para o desenvolvimento do sujeito, pois considera o desempenho individual

⁵ Um dos pesquisadores brasileiros que se destaca na atualidade no estudo da obra de Ausubel, especialmente do conceito de Aprendizagem Significativa é Marco Antonio Moreira, professor do Instituto de Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É licenciado e mestre em Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Doutor em Ensino de Ciências pela Cornell University/USA, desempenhou inúmeras atividades acadêmicas, na atualidade é editor dos periódicos: *Investigação em Ensino de Ciências e Aprendizagem Significativa em Revista*. A produção acadêmica do pesquisador vários livros conta com vários livros dentre eles destaca-se: MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem significativa: a teoria e textos complementares**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2011; MOREIRA, Marco Antonio. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. São Paulo: Centauro Editora, 2010; MOREIRA, Marco Antonio. **A teoria da aprendizagem significativa: sua fundamentação e implementação**. Coimbra: Almedina, 2009; MASINI, Elcie A.; MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos**. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, 2008; MOREIRA, Marco Antonio; MASINI, Elcie A. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006; MOREIRA, Marco Antonio. **A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula**. 1. ed. Brasília: Editora da UnB, 2006 (as informações apresentadas foram coletadas na Plataforma Lattes. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787437U0>>. Acesso em 09 abril de 2013.

dependente de suas capacidades inatas. Os elementos que constituem o processo de ensino-aprendizagem ficam dependentes de traços comportamentais ou cognitivos intrínsecos ao aluno. Sendo assim, pode-se inquirir: Até que ponto a incorporação do pressuposto da aprendizagem significativa em processos educativos formais reforça a ideia de que o sucesso e o fracasso da aprendizagem é responsabilidade exclusiva do aluno?

Por outro lado, o conceito de Ausubel sobre aprendizagem significativa é compatível com a teoria construtivista do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget (MOREIRA, 2000; VALADARES, 2011). Assim sendo, o aluno é considerado o protagonista da construção do seu próprio conhecimento e daquilo que por ele mesmo aprendeu. “A teoria da aprendizagem significativa é uma teoria construtivista porque defende que o conhecimento é um processo construtivo e valoriza, portanto, muito o papel da estrutura cognitiva prévia de quem aprende” (VALADARES, 2011, p. 54).

Como desdobramento do princípio da aprendizagem significativa, o conceito de professor facilitador emerge, igualmente, no campo da formação em saúde. Nos diversos documentos analisados há uma evidente crítica ao papel, dito tradicional, do professor, aquele que seleciona e organiza a transmissão do saber constituído, e a indicação de que o desejável para um processo de formação democrático seria o de facilitador da aprendizagem, aquele que possibilitasse um clima favorável para que o aluno tenha, de forma ativa, uma postura crítica e reflexiva.

4.3 Professor Facilitador e o Aluno como Centro do Processo de Ensino-Aprendizagem

O pressuposto pedagógico denominado professor facilitador, como já indicado, pode ser identificado de forma explícita nas propostas da Rede Unida para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde; no PROMED e no Pró-Saúde.

Ao lidar com a origem teórico-metodológica do conceito professor facilitador, o estudo deparou-se novamente com as indicações das pedagogias não diretivas e, especificamente, com a produção de Carl Rogers. O termo professor facilitador foi cunhado por Rogers para expressar uma relação pedagógica centrada no interesse e na atividade dos alunos. O conceito foi utilizado e divulgado por outros teóricos da educação como a possibilidade de superação de relações autoritárias entre professor e aluno e como a forma mais democrática de viabilizar a aprendizagem significativa. Portanto, o aporte teórico do

conceito de professor como facilitador emergiu originariamente do campo da psicoterapia rogeriana, em que a ênfase era a terapia centrada no cliente.

Na obra *A pessoa como centro*, Rogers (1977), caracteriza o terapeuta como aquele que ao invés de provocar no cliente a formação de projeções ou fantasias, deve acarretar respeito ou admiração por parte do cliente, além de ser visto como alguém real que compreende, respeita e aceita a pessoa do cliente tal como ele próprio se percebe e conceitua. O cliente deve ser percebido como uma pessoa independente, que possa experimentar os seus próprios sentimentos e descobrir o que a sua experiência significa. Assim, o terapeuta deve gerar: “[...] atitudes de empatia, consideração e autenticidade, e apenas através delas estabelecer a base do relacionamento que deverá facilitar o crescer pessoal de outro indivíduo” (ROGERS, 1977, p. 15).

Com base nos pressupostos da obra *Terapia Centrada no Cliente* (1975)⁶, na compreensão do papel do terapeuta e da pessoa como o centro do processo terapêutico, Rogers (1985), no livro *Tornar-se pessoa*⁷ descreveu as implicações de sua teoria para o processo ensino-aprendizagem e apresentou o conceito de professor facilitador.

No livro *Liberdade para Aprender* (1971)⁸, Rogers afirma que o facilitador da aprendizagem deve ajudar a esclarecer os propósitos individuais e/ou do grupo de alunos, proporcionar facilidades para que o estudante exprima e realize seus objetivos, estimular os sujeitos envolvidos na relação pedagógica para que “[...] assumam o encargo de seguir em novas direções ditadas por seus próprios interesses” (ROGERS, 1971, p. 105).

Apesar de Rogers indicar que seria vã a tentativa de “[...] ensinar a outra pessoa a maneira de ensinar” (1985, p. 254), sugeriu, a partir de seu método em psicoterapia, algumas condições a serem consideradas pelo professor. Uma das condições seria a autenticidade ou congruência do professor, em que o mesmo deveria ter consciência das atitudes que assume, sendo “[...] uma pessoa, não a encarnação abstrata de uma exigência curricular ou um canal estéril através do qual o saber passa de geração em geração” (ROGERS, 1985, p. 265).

Seria fundamental para o professor cultivar relações autênticas com seus alunos desenvolvendo atitudes favoráveis para relações interpessoais, importando “[...] menos que o professor cumpra todo o programa estabelecido ou utilize os métodos audiovisuais mais apropriados; o que mais importa é que ele seja congruente, autêntico nas suas relações com os alunos” (ROGERS, 1985, p. 266).

⁶ Em *Terapia Centrada no Cliente*, Rogers apresentou formalmente, em 1951 na primeira edição da obra, sua teoria sobre Terapia e sobre a personalidade humana.

⁷ A primeira edição da obra: *Tornar-se pessoa* data do ano de 1961.

⁸ O livro *Liberdade para aprender* foi lançado em 1969.

Outra condição seria a aceitação do aluno tal como ele é, a compreensão de suas atitudes e sentimentos. A função do professor consistiria no desenvolvimento de um clima na sala de aula que permitisse a realização natural da aprendizagem, desenvolvendo uma relação de empatia com o aluno, captando seus interesses e vontades. Portanto: “Quando o facilitador é uma pessoa real, se apresenta tal como é, entra em relação com o aprendiz, sem ostentar certa aparência ou fachada, tem muito mais probabilidade de ser eficiente” (ROGERS, 1971, p. 106).

Rogers defendeu veementemente uma educação centrada na pessoa, elaborando crítica contundente às estratégias que buscavam reforçar o controle do professor na relação pedagógica. Nesse quadro, o professor facilitador teria como estratégia central promover:

[...] um clima psicológico no qual aquele que aprende é capaz de assumir um controle responsável. Além disso, o facilitador contribui para reduzir a ênfase em metas estáticas ou de conteúdo, e assim encoraja a focalização no processo, no vivenciar a maneira pela qual a aprendizagem ocorre (ROGERS, 1977, p. 139).

Pode-se encontrar nas reflexões de Alexander Sutherland Neill (1883-1973)⁹ a concepção de professor facilitador, principalmente em *Liberdade sem Medo* (1976)¹⁰, obra que relatou a experiência educacional desenvolvida em *Summerhill*. Para Neill, a missão do professor consistia em estimular o pensamento e não em inculcar teorias. O professor deveria centrar seu trabalho no interesse do aluno, não influenciando ou transmitindo conceitos: “[...] professores acham-se na obrigação de influenciar as crianças porque pensam saber o que a criança deve ter, deve aprender, deve ser. Discordo” (NEILL, 1976, p. 238).

Ao ser questionado sobre o que faria com um aluno que não se dedicasse a coisa alguma, ou se interessasse ora por uma atividade ora por outra, sem centrar atenção à nenhuma, Neill respondeu que nada faria. Segundo ele, a vida é cheia de fragmentos de interesse e expõe como em sua escola era tratada tal questão: “Jamais sugerimos a uma criança que ela deveria terminar um trabalho. Se o seu interesse terminou, é errado pressioná-la para que o termine” (NEILL, 1976, p. 337, grafia original).

⁹ Alexander Sutherland Neill educador escocês que coordenou na Inglaterra a experiência da escola livre – *Summerhill*, criada em 1921 e dirigida por ele até a sua morte. Baseou seu trabalho no conceito de liberdade individual, sendo um dos divulgadores da não diretividade pedagógica. Para Neill, a escola não deveria exercer a função formadora, renunciando assim à disciplina e à direção pedagógica do processo de ensino-aprendizagem (GADOTTI, 2004; ARANHA, 2006).

¹⁰ A obra *Liberdade sem medo* foi lançada no ano de 1960, tendo a 1ª edição em língua portuguesa no ano de 1963 (NEILL, 1976).

Ao descrever qual deveria ser a atitude de um sujeito mais experiente frente às dúvidas das crianças, Neill explicita qual era o papel do professor: “Assim, professor algum de Summerhill jamais sugere a um aluno o que deve fazer. O professor apenas dará assistência ao aluno que lhe peça uma informação técnica sobre como uma coisa deve ser feita (NEILL, 1976, p. 337, grafia original)”.

A concepção de professor facilitador também pode ser identificada na obra *A Educação Nova*, de Roger Cousinet (1881-1973)¹¹, a ideia divulgada era de que o professor não deveria desempenhar o papel de dirigente do processo de ensino-aprendizagem, e sim o papel de auxiliar. Esse autor afirma que: “[...] o auxílio do educador é, evidentemente, necessário. Segundo os princípios da Escola Nova, só deve dar esse auxílio quando (e na medida em que) for necessário” (COUSINET, 1959, p. 129).

O conceito de professor facilitador, mesmo que sem essa denominação exata, está presente na produção Cousinet, que foi um dos divulgadores do movimento da não diretividade pedagógica. O autor definiu assim o professor: “O mestre não é mais o autor da educação; é testemunha e protetor” (COUSINET, 1959, p. 19).

Cousinet sugere que uma nova educação deveria inverter a lógica sob a qual a instituição escolar estava assentada. Propôs a inversão de uma pedagogia destinada ao ensino para uma pedagogia centrada na aprendizagem, na qual o estudante deixa de ser escolar e passa a ser aprendiz, sendo, nesse caso, revisto o papel do professor:

E o mestre não incomodará mais o escolar com sua exibição de um saber pronto e acabado, o escolar não incomodará mais o mestre pela apresentação de sua ignorância, por seu estado de não-sabente daquilo que o mestre sabe. Passa de um estado negativo para um estado positivo. E, em certo estágio seguinte, o mestre se absterá de conduzi-lo, e o acompanhará (COUSINET, 1974, p. 173).

Tendo aceito a transformação pedagógica a que essa nova concepção o convida, o professor não está mais amarrado à tarefa penosa que consiste em transmitir seu saber a escolares que não estão dispostos a recebê-lo [...] Em vez de os alunos que aprendem, que aprendem porque não sabem, ficarem à disposição do mestre que sabe, o mestre é que está à disposição dos alunos. Ajuda-os, colabora em sua aprendizagem (COUSINET, 1974, p. 173-174).

Ao apresentar os fundamentos do princípio pedagógico identificado pela expressão “professor facilitador”, foi possível perceber como o fundamento do “aluno como centro do

¹¹ Roger Cousinet, Pedagogo francês (1881-1873), defensor da liberdade de ensino e do método ativo respaldado nas atividades de grupo. Ao longo de sua vida publicou diversas obras voltadas à reflexão de métodos de ensino, que o fez um dos protagonistas da chamada Educação Nova (GADOTTI, 2004; COUSINET, 1974). A primeira edição da obra *A Educação Nova* foi lançada na França em 1950 e no Brasil em 1959 (RAILLON, 2010).

processo educativo” se explicita. Os referidos pressupostos se articulam teoricamente, pois o referencial pedagógico da não diretividade, respaldado pela Pedagogia Ativa, que é suporte teórico do movimento da Escola Nova, apresenta uma dicotomia entre o processo de ensino-aprendizagem, valorizando demasiadamente a “figura” do aluno, em detrimento da valorização do papel do professor no processo educativo.

Nos textos das Diretrizes Curriculares Nacionais das graduações em Biomedicina; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia, Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia e Terapia Ocupacional há a afirmação de que tais cursos deveriam ter um Projeto Político Pedagógico “*centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador*”, essa questão é apresentada igualmente em todas as Diretrizes no artigo 9º.

A indicação dos pressupostos do professor como um facilitador e da aprendizagem centrada no aluno parece indicar a impossibilidade de uma relação pedagógica entre o aluno e o professor; entre um sujeito que precisa se apropriar do conhecimento sistematizado, produzido e acumulado historicamente e entre um sujeito que tem como responsabilidade social assegurar o acesso a tal conhecimento. Snyders (1978) indicou que os postulados da não diretividade reforçam uma incomunicabilidade entre professor-aluno, fato que pode ser evidenciado pelos pressupostos do professor facilitador e do processo educativo centrado no aluno.

Tal raciocínio, que vê bem estar no fundamento da atitude não-directiva, postula uma incomunicabilidade radical entre o professor e os alunos: as informações transmitidas pelo educador não teriam qualquer eco no educado, não corresponderiam a nada na vida deste. E, por conseqüência, não podem consistir senão em simples medidas de polícia, destinadas a impedi-los de prosseguir pelo seu caminho natural (SNYDERS, 1978, p. 164).

O processo ensino-aprendizagem efetivado pela relação professor-aluno, historicamente tem sido alvo de reflexão e crítica por inúmeros referenciais pedagógicos. Não obstante, há posições que, apesar da crítica, reforçam a ideia de que o processo ensino-aprendizagem seria uma atividade conjunta e colaborativa, entre sujeitos sociais com características distintas que interagem no sentido de efetivar o objeto específico do trabalho escolar, a transmissão e assimilação do conhecimento sistematizado (SAVIANI, 1991a).

4.4 O Aprender a Aprender Reorientando a Formação em Saúde: Atualização da Escola Nova

O princípio pedagógico do aprender a aprender emergiu no campo da formação em saúde por meio da divulgação da proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais para as Graduações em Saúde apresentada pela Rede Unida; nos textos legais das Diretrizes Curriculares Nacionais das diferentes graduações em saúde e no Pró-Saúde.

Na quase totalidade dos textos oficiais que divulgam as diretrizes curriculares das graduações em saúde, das 14 graduações da área da saúde em 11, sendo elas: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, o “aprender a aprender”, constitui-se em uma das competências e habilidades gerais dos profissionais articulada à educação permanente, em que os profissionais da saúde deveriam ser capazes de aprender continuamente, devendo aprender a aprender e ter responsabilidade com a educação das novas gerações profissionais.

Além de ser indicado como uma competência, o pressuposto do “aprender a aprender” apareceu como um atributo da estrutura do processo de formação, levando os cursos a assegurar, ou pela flexibilidade curricular ou pela adoção de novas metodologias, o processo de ensinar-aprender que estimulasse o aluno a refletir sobre a realidade social e à aprender a aprender.

O Pró-Saúde, atualmente o programa de destaque que visa à reorientação da formação dos profissionais em saúde, em seus documentos divulga que um dos objetivos das graduações é o aprender a aprender, sob o argumento de que no mundo atual, a velocidade com que são produzidos os conhecimentos e tecnologias exige-se mais habilidades pessoais de busca de informações em diversas fontes (BRASIL, 2007a).

O referido princípio tornou-se uma palavra de ordem originada nas pedagogias não diretivas, radicadas, particularmente, no “Escolanovismo”, movimento educacional de renovação do ensino, sendo divulgado também como “Escola Ativa” ou “Escola Progressiva”, que surgiu no início do século XX, nos países centrais, fundamentalmente Europa e Estados Unidos, com importantes repercussões no Brasil.

Do ponto de vista pedagógico, a Escola Nova partiu da crítica contundente aos pressupostos teórico-metodológicos da escola tradicional, principalmente a forma como eram encaminhados os conteúdos e a maneira como eram considerados e tratados os alunos pela

organização escolar e por parte dos professores, opondo-se assim às relações autoritárias estabelecidas na escola.

Segundo Saviani (1991b), a defesa da tese de que um dos problemas mais significativos da escola, para garantir a equalização social, era a não integração dos sujeitos, a não aceitação das diferenças pessoais, colaborou para a construção do arcabouço teórico da Escola Nova. Tal arcabouço considerou estudos e experiências com grupos específicos, com crianças “deficientes” como foi o caso dos estudos de Decroly¹² e Montessori¹³, que de tais experiências estenderam-se a procedimentos pedagógicos para a educação escolar como um todo. Os conhecimentos da Biologia e da Psicologia, relativos ao desenvolvimento intelectual, estágios cognitivos, capacidades de aprendizagem são tomados como centrais pela Escola Nova.

Segundo Lopes (1984), com o escolanovismo a escola cientificiza-se, a criança é tomada como um ser com características próprias convergindo sobre ela estudos, testes, medidas, métodos e metodologias. A educação escolar teria a função de corrigir as distorções postas à “[...] medida em que contribuir para a constituição de uma sociedade cujos membros, não importam as diferenças de quaisquer tipos, se aceitem mutuamente e se respeitem na sua individualidade específica” (SAVIANI, 1991b, p. 20).

A Escola Nova, ao tomar como referência, a crítica à Pedagogia Tradicional apresentou pontos antagônicos entre ambas, de acordo com Saviani (1991b) provocou o deslocamento do:

[...] eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processo pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretividade; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica

¹² Ovide Decroly (1871-1932) médico belga que se dedicou à pedagogia experimental. Suas primeiras publicações no campo da educação tratam sobre jovens “anormais”, que o levaram ao estudo de crianças que não tinham nenhuma limitação física ou mental. Decroly partia da ideia de que não havia diferença de qualidade de natureza entre as crianças consideradas anormais e normais, sendo que as mesmas leis psicológicas valeriam para os dois casos, mas o desenvolvimento mental era geralmente retardado, o que oportunizaria a identificação rápida dos progressos do desenvolvimento cognitivo. Vale ressaltar que “nunca houve” um sistema Decroly, pois o estudioso nunca produziu uma obra fundamental que sistematizasse as suas concepções, produziu ao longo da vida artigos que retomavam pesquisas anteriores e apontavam novos problemas (CHÂTEAU, 1978; GADOTTI, 2004).

¹³ Maria Tecla Artemesia Montessori (1870-1952) foi médica e educadora italiana e tornou-se conhecida mundialmente pelo método educativo que desenvolveu. Pela observação de crianças consideradas excepcionais surgiu a idéia central do seu método, destinado a renovar o ensino como um todo, baseado nos princípios da atividade, da individualidade e da liberdade. Montessori acreditava que o motivo essencial do ensino era não ensinar, guiar ou dar ordens, mas criar meios para que os alunos tivessem necessidade de experimentar e assimilar espontaneamente. Produziu material didático que tinha como função estimular e desenvolver na criança de forma espontânea e natural (CHÂTEAU, 1978; GADOTTI, 2004).

centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas o aprender a aprender (p. 20-21).

Os ideais escolanovistas chegam ao Brasil no início do século XX por meio de intelectuais que entraram em contato com o Movimento da Escola Nova divulgado nos Estados Unidos. Lourenço Filho (1978) na obra *Introdução ao estudo da Escola Nova* divulga que numa reunião realizada pelo movimento europeu das Escolas Novas, na cidade de Calais (França) em 1919, foram definidos 30 pontos que norteariam o que seria a Escola Nova em relação à organização geral da escola e quanto à formação intelectual e moral dos alunos e que a partir desse evento várias reformas educacionais foram feitas no mundo inteiro, principalmente nos Estados Unidos e Europa.

No Brasil, novos objetivos foram propostos à escola pública, com reforma de programas e métodos, e novos planos de formação de professores (LOURENÇO FILHO, 1978). De forma definitiva os ideais escolanovistas ganharam destaque no campo da educação no contexto da década de 1930, momento de disputa ideológica de projetos de sociedade e de educação, expressas pelas diferentes polêmicas entre os intelectuais denominados liberais e católicos¹⁴ (SAVIANI, 1991b; XAVIER; RIBEIRO; NORONHA, 1994).

O lançamento, em 1932, do Manifesto dos Pioneiros pela Educação Nova, documento assinado por 26 educadores, entre eles: Fernando de Azevedo, Anísio Teixeira e Lourenço Filho, intelectuais liberais que desejavam a construção do Brasil em bases urbano-industriais; no plano educacional, endossaram as teses gerais da Pedagogia Nova para uma educação obrigatória, pública, gratuita e leiga como dever do Estado (ARANHA, 2006).

Os intelectuais brasileiros que divulgaram os pressupostos da Escola Nova em solo nacional inspiraram-se na produção teórica de John Dewey, que como já indicado anteriormente, foi um destacado defensor da tese de que o ensino deveria dar-se pela ação e não pela instrução; devendo ocorrer a renovação das escolas, de espaços de transmissão de

¹⁴ O grupo intelectual denominado liberal ou renovador defendia um projeto político para a sociedade brasileira tendo por principal tarefa a construção de um país moderno, urbano, industrial e democrático, tomando como referência os países europeus e os Estados Unidos. No campo educacional defendiam a extensão universal da escolarização, viabilizada pelo Estado; a laicização do ensino; a obrigatoriedade e a coeducação (educação comum de crianças de ambos os sexos). A escola e o processo pedagógico deveriam se basear em princípios científicos e em métodos ativos de caráter biológico adaptado a cada fase da educação (CURY, 1984). Os católicos opunham-se aos princípios educacionais defendidos pelos liberais, por entenderem a educação escolar com instrumento para formar o “homem ideal”; tendo o ensino confessional a função de educar moralmente o homem, que naturalmente seria bom, mas que havia sido corrompido pelas paixões humanas (SAVIANI, 2007; CURY, 1984).

Curry (1984) sintetiza o embate entre os dois grupos nas seguintes palavras: “Se os católicos pretendem ‘re Cristianizar’ o país, o objetivo dos reformadores será o de ‘democratizar’ o país, via escola [...]” (p. 156).

conhecimentos para locais de reconstrução da experiência concreta de cada sujeito (GADOTTI, 2004).

Lourenço Filho apresentou, no prefácio do livro de Dewey “*Vida e Educação*”, os pontos basilares da teoria de educação do referido autor. Para Dewey: 1º) não deveria haver separação entre vida e educação; educação não seria preparação para a vida, seria a própria vida; 2º) A educação seria uma contínua reconstrução da experiência e 3º) A escola deveria ser uma comunidade em miniatura para promover experiências que valorizassem a vivência democrática entre as pessoas, sendo o prolongamento simplificado e ordenado das situações sociais.

Considerando esse arcabouço teórico, Dewey definiu o conceito de educação como sendo: “[...] uma reconstrução ou reorganização da experiência, que esclarece e aumenta o sentido desta e também a nossa aptidão para dirigirmos o curso das experiências subseqüentes” (1979a, p. 83). Para ele, a educação é um processo dinâmico e amplo, não se inicia somente na escola, mas é contínua no decorrer da vida.

Segundo Dewey (1979a), a educação tem, durante todo o tempo, um fim imediato e, enquanto a atividade for educativa, deverá atingir a transformação direta da qualidade da experiência. Portanto, os sujeitos independentemente da idade ou fase do desenvolvimento, estão no mesmo plano educativo, pois o que é verdadeiramente aprendido é o valor da experiência vivenciada pelo indivíduo.

[...] dei como aceito o princípio de que educação, para realizar os seus fins, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, deve basear-se em experiência – que é sempre a experiência atual de vida de algum indivíduo (DEWEY, 1979b, p. 95).

Os princípios filosóficos de Dewey expressos em suas obras: *Democracia e Educação*; *Experiência e Educação* e *Vida e Educação*, revelam os pressupostos pedagógicos centrais que fundamentaram a Escola Nova. Dentre eles destaca-se a compreensão da aprendizagem, função do professor e dos métodos de ensino.

Partindo do pressuposto de que a aprendizagem se realiza por meio da experiência pessoal e real, Dewey (1979a, 1979b) indicou como um equívoco a prescrição de métodos e regras pelo professor quanto ao que deve ser aprendido, sendo mais importante o desenvolvimento da vontade e da atitude de aprender continuamente. Além de afirmar que a aprendizagem “[...] fora do lugar real que tem na vida, perde com isso seu sentido e seu valor” (1979b, p. 27).

As aprendizagens colaterais, como as de formação de atitudes permanentes de gostos e desgostos podem ser, muitas vezes, mais importantes do que a lição de ortografia ou de geografia, ou de história. Estas são as atitudes que irão contar fundamentalmente no futuro. A mais importante atitude a ser formada é a do desejo de continuar a aprender (DEWEY, 1979b, p. 42).

Os resultados formulados e sistematizados de uma ciência, de um ramo do saber, de um estudo, não equivalem às experiências diretas individuais. A fórmula matemática da queda de um corpo não substitui o contato pessoal e a experiência direta com esse corpo em sua queda (DEWEY, 1979b, p. 54).

Fica manifesto que a experiência tomada por Dewey como base da prática educativa e de todos os elementos que a integra é uma experiência pessoal, individual. Para Dewey (1979b), a escola, na concepção tradicional, tinha por finalidade principal transmitir à nova geração matérias de estudo, conhecimentos e informações acumulados por meio de experiências do passado, o que, para o autor, caracterizava-se como um ato impositivo e inibidor da individualidade, liberdade e criatividade.

À imposição de cima para baixo, opõe-se a expressão e cultivo da individualidade; à disciplina externa, opõe-se a atividade livre; aprender por livros e professores, aprender por experiência; à aquisição por exercício e treino de habilidades e técnicas isoladas, a sua aquisição como meios para atingir fins que respondem a apelos diretos vitais do aluno; à preparação para um futuro mais ou menos remoto opõe-se aproveitar-se ao máximo das oportunidades do presente; a fins de conhecimentos estáticos opõe-se a tomada de contacto com um mundo em mudança (DEWEY, 1979b, p. 6-7).

A partir dessa lógica se define a função do professor. Ao considerar que a educação é um processo social, em que o desenvolvimento da experiência se faz por meio da interação do indivíduo com pessoas e coisas significativas, o papel do professor, na concepção de Dewey, seria de líder das atividades do grupo, cabendo a ele:

[...] velar por que seja aproveitada a oportunidade. Desde que a liberdade está nas operações de observação inteligente, de busca das informações e de julgamento lúcido para a formação do propósito, a direção dada pelo professor para o exercício da inteligência do aluno é auxílio à liberdade e não restrição (DEWEY, 1979b, p. 70).

As responsabilidades do professor, quanto ao processo de ensino-aprendizagem seriam viabilizar atividades que promovessem o surgimento de problemas, considerando a experiência atual do aluno, pois eles [problemas] atuam como estímulos para o pensamento (DEWEY, 1979b). Caberia ao primeiro, zelar para que os problemas surgissem das condições

da experiência presente e que estivessem dentro da capacidade dos estudantes, bem como fossem, de fato, um problema que despertasse no aluno uma busca ativa por novas ideias.

É com base na lógica de que os problemas possuem a capacidade de estimular o pensamento que Dewey definiu, sob influência dos métodos modernos da pesquisa científica, o seu entendimento acerca do que definiria método de ensino.

A utilização sistemática dos princípios do método científico, do método experimental deve possibilitar a compreensão da real significação das experiências dos alunos no mundo, as quais viabilizariam a formação de ideias e conceitos.

Quando um problema se apresenta, começa-se a analisar a situação e a descobrir que reajustamentos devem ser feitos, ou que hipóteses explicarão a situação, e que remédio deve ser aplicado [...] O pensamento é, conseqüentemente, um resultado da atividade; é um processo contínuo de experimentação e de reajustamento de experiência (EBY, 1976, p. 535).

Dewey, tomando a experiência como eixo central de sua teoria em educação, apresentou os pontos básicos do seu método de ensino, denominado também como método do problema. O primeiro ponto do método do problema começa com a tomada de consciência de algum problema/experiência atual do estudante tendo como ponto de partida alguma situação empírica específica e atual. As fontes das primeiras atividades escolares deveriam se distanciar da escola formal, portanto, valorizavam-se as experiências que os alunos traziam da via cotidiana, vivida em casa ou na comunidade (CHÂTEAU, 1978). Essa fase é o que Dewey denominava “[...] achar o material para a aprendizagem dentro da experiência” (DEWEY, 1979b, p. 74).

O segundo ponto do método seria o exame da situação experimentada e a localização/definição do problema, ou seja, o cerne da dificuldade vivida pelo estudante que impede a continuidade de dada experiência. “O fato de as conseqüências do que se havia tentado fazer na experiência serem incompletas, e não realizadas, propõe problema, o qual pede pesquisa” (CHÂTEAU, 1978, p. 296).

Depois de identificado o problema, segue-se para o que seria o terceiro ponto do método. Nesta fase, a questão central seria a inspeção dos dados que podem fornecer solução do problema. Parte-se então da retomada da experiência já vivida pelo aluno como sugestão quanto a possíveis soluções.

O quarto ponto do método desenvolvido por Dewey refere-se à formulação de hipóteses mais prováveis para a solução de dado problema, que, na quinta fase do método,

será submetida à ação e à experimentação, levando à aceitação ou à recusa da solução (EBY, 1976).

Fica nítida a lógica indutiva na proposta do método de problema de Dewey, que nada mais é que a ênfase do método do experimentalismo, em que o reconhecimento do problema; a análise de seus elementos; a construção de uma hipótese; a comprovação da hipótese pela compilação de fatos e a continuação do processo até que se encontre uma solução seriam as regras básicas (EBY, 1976).

O método de problema proposto por Dewey sugere uma organização escolar que considere a experiência pessoal do aluno, em que o ideal seria o desenvolvimento das capacidades individuais, mais do que o acúmulo do conhecimento. Segundo Dewey (1978 p. 46), “Possuir todo o conhecimento do mundo e perder a sua própria individualidade é destino tão horrível em educação, como em religião”.

A educação baseada na teoria e prática de experiência, não poderia ter como ponto de partida, a matéria organizada do ponto de vista do adulto, do professor ou do especialista. O currículo não deveria ser uma divisão de matérias, pois o interesse do estudante não se dá pela ordenação lógica dos conteúdos de ensino, mas essencialmente pela necessidade sentida no momento atual da aprendizagem, na vida ativa do estudante (DEWEY, 1979b).

Para Dewey, a base teórica da Escola Nova era a filosofia da experiência e desse entendimento avaliou que os muitos movimentos, as muitas abordagens renovadoras que se opunham à Pedagogia Tradicional, tendiam a dar pouca ou nenhuma importância à organização da matéria de estudo; a considerar que qualquer forma de direção e orientação do professor fosse invasão à liberdade individual, sempre reagindo de forma negativa contra o estabelecido, sem se esforçarem de modo positivo e construtivo em desenvolver objetivos, métodos e conteúdos considerando a teoria da experiência e suas potencialidades educativas (DEWEY, 1979a; 1979b).

Na obra *Vida e educação*, Dewey alertou que não havia uma única perspectiva pedagógica ligada à Escola Nova, fez crítica àquelas posturas que consideravam a liberdade como um fim pedagógico em si mesmo; ponderou que os impulsos e desejos naturais dos alunos deveriam ser considerados como ponto de partida, mas que só haveria desenvolvimento intelectual pela reconstrução da experiência pessoal, logo, os desejos e impulsos iniciais deveriam ser revistos e refeitos.

Dewey (1978, 1979b) foi enfático ao censurar o que ele denominou de “Pedagogia indulgente e frouxa”, ou seja, uma que apela para o interesse do aluno, mas apresenta a

matéria sem ter relação com a experiência este, que em nome da liberdade não aproveita as oportunidades para que os mesmos se desenvolvam e exercitem a inteligência.

Tenho sabido de casos em que crianças são rodeadas de objetos e materiais e, então, deixadas inteiramente sobre si mesmas, com o professor temeroso de que mesmo sugestões sobre o que se pode fazer com o material sejam violação da liberdade (DEWEY, 1979b, p. 71).

Apelar para o presente interesse da criança simplesmente como presente, significa somente excitá-lo; significa brincar com uma força infantil, trazê-la em constante vibração, sem nunca orientá-la e dirigir para seus fins próprios. [...] é, praticamente, considerado tão desastroso quanto uma repressão contínua de iniciativas, na conformidade dos interesses de algum pensamento ou vontade mais perfeitas de adulto (DEWEY, 1978, p. 51).

Ao que parece, Dewey, ao fazer certas advertências, estava dialogando com autores e tendências que compartilhavam do mesmo diagnóstico que ele fazia da escola, que naquele momento era respaldada pela Pedagogia Tradicional e para tanto precisava ser renovada. Apesar disso, parece que Dewey não concordava com todas as proposições teóricas das denominadas “Pedagogias Novas”, essencialmente aquelas que, em nome da liberdade e da não direção pedagógica da atividade espontânea, não se respaldavam no que ele denominou Teoria da Experiência Educativa.

Em suma, a experiência educativa, segundo Dewey (1979b) seria aquela experiência inteligente, embasada no pensamento, possibilitando a percepção de relações e continuidades antes não entendidas. A experiência educativa deve ser reflexiva, e assim alargar os conhecimentos e dar significação mais profunda à vida.

A influência do pensamento escolanovista tem sido significativa no campo da formação em saúde, alguns de seus pressupostos pedagógicos centrais são divulgados e assumidos como essenciais para promoverem as mudanças desejadas. O exemplo dessa questão é o pressuposto do “aprender a aprender” que se tornou um lema, nos últimos anos, das propostas que se apresentam como inovadoras no campo pedagógico do processo de formação escolar.

De acordo com Duarte (2001a), o “aprender a aprender” voltou ao cenário atual, com destaque nacional e internacional, especialmente por meio da publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental no Brasil (BRASIL, 1997c) e do Relatório da UNESCO, intitulado *Educação – um tesouro a descobrir* (1996), conhecido como Relatório *Jacques Delors*, fruto do trabalho da comissão internacional que se debruçou sobre a construção de parâmetros para a educação do século XXI (DELORS, 1999).

O revigoramento teórico mais contundente do lema aprender a aprender, pode ser atribuído à difusão dos ideais construtivistas, tendo por fonte principal os trabalhos acerca da epistemologia e da psicologia genéticas de Jean Piaget que, no Brasil, a partir dos anos de 1980, tornou-se modismo pedagógico, inspirado no escolanovismo (DUARTE, 2001a).

No campo da formação em saúde, o pressuposto aprender a aprender foi sendo incorporado aos documentos e discursos oficiais como sinônimo de inovação pedagógica, entretanto, esse pressuposto, como visto até aqui, não é novo, apesar de ser alardeado com tal (RODRIGUES, 2005).

O princípio pedagógico do aprender a aprender é compreendido na produção teórica de Rogers como a finalidade da educação no mundo moderno, como a possibilidade, por excelência, de se efetivar o verdadeiro papel da escola: “O único homem que se educa é aquele que aprendeu como aprender” (ROGERS, 1971, p. 104). Assim, conforme o referencial pedagógico não diretivo, o foco é a aprendizagem, o aluno como o centro desse processo, sendo que o ato de ensinar, de transmitir o conhecimento historicamente produzido pela humanidade, é secundarizado.

O pressuposto teórico do aprender a aprender desvaloriza a transmissão do saber objetivo ao diluir o papel da escola na transmissão desse saber, ao descaracterizar o papel do professor como sujeito que detém um saber a ser transmitido aos alunos, enfim, tal princípio, nega o ato de ensinar: “A essência do lema ‘aprender a aprender’ é exatamente o esvaziamento do trabalho educativo escolar, transformando-o num processo sem conteúdo” (DUARTE, 2001a, p. 9).

Duarte (2001a; 2001b) aponta que o pressuposto do aprender a aprender respaldado no movimento escolanovista é permeado por posicionamentos valorativos. O primeiro posicionamento diz respeito à imagem de que são mais desejáveis as aprendizagens que o indivíduo realiza sozinho, nas quais está ausente a transmissão, pelo professor ou por outros indivíduos, de conhecimentos e experiências acumuladas.

A referida posição defende a ideia de que a autonomia intelectual do aluno é cerceada pelo fato do professor transmitir o conhecimento sistematizado. Duarte (2001b) discorda de tal posição, ao afirmar que seria possível uma educação que buscasse a autonomia e a criatividade “[...] através justamente da transmissão das formas mais elevadas e desenvolvidas do conhecimento socialmente existente” (DUARTE, 2001b, p. 36).

Esse posicionamento valorativo, de certa forma, respalda o princípio pedagógico do professor facilitador, em que lhe caberia criar um clima agradável para que o aluno se

desenvolvesse de forma espontânea; o primeiro não conduziria o processo de ensino-aprendizagem; não transmitiria o conhecimento, seria um auxiliar do outro quando necessário.

O segundo posicionamento valorativo do princípio aprender a aprender se expressa pela máxima de que seria mais importante o pupilo desenvolver um método de aquisição, elaboração, de construção do conhecimento do que aprender os conhecimentos acumulados historicamente pela humanidade. Esse posicionamento está articulado ao primeiro ao indicar que o foco da aprendizagem seria a aquisição da forma em detrimento do conteúdo propriamente dito.

É nítido como esse posicionamento foi acolhido no campo da formação em saúde, especialmente quando se afirma no Pró-Saúde, que ao futuro profissional seria mais importante o desenvolvimento de habilidades para acessar as informações e refletir sobre a realidade em que será inserido do que propriamente o domínio do conhecimento.

O terceiro posicionamento seria o de que a atividade do aluno, para ser verdadeiramente educativa deveria ser impulsionada pelos interesses e necessidades dos próprios alunos. Em outras palavras, o referido posicionamento reforça o princípio da aprendizagem significativa, no qual o aluno realmente aprende aquilo que possui sentido imediato, quando a matéria a estudar se relaciona com seus próprios objetivos, sendo uma aprendizagem autodirigida.

O quarto posicionamento valorativo, presente no pressuposto do aprender a aprender, é o de que a educação deve preparar o indivíduo para acompanhar a sociedade, que se encontra em acelerado processo de mudança, segundo esse pressuposto, as transformações sociais tornam o conhecimento cada vez mais provisório.

Identifica-se nesse último posicionamento valorativo do aprender a aprender o que Snyders (1978) denominou de a “Idolatria da mudança”, aspecto central das pedagogias não diretivas. Segundo essa lógica, não haveria como estabelecer, definir algo, em um mundo em constante transformação, não haveria nada fixo, tendo a escola a função de formar sujeitos para que a mudança fosse o elemento mais importante da vida.

Para Snyders (1978), o processo que enaltece a mudança constante e universal, como objetivo educacional apoia outro movimento, o do ceticismo universal que julga que a ciência não pode mais oferecer respostas aos problemas concretos dos homens. Nesse sentido, Rogers, na obra “Liberdade para Aprender”, sintetiza essa lógica ao indicar que:

O mundo está mudando a uma velocidade extraordinária. Se nossa sociedade tem de enfrentar o desafio das vertiginosas mudanças na ciência, na

tecnologia, nas comunicações, nos relacionamentos sociais, não podemos descansar sobre as **respostas** proporcionadas no passado, mas devemos colocar a nossa confiança nos **processos** pelos quais iremos ao encontro de novos problemas. Pois, quanto mais rapidamente a mudança nos atinge tanto mais as respostas, o “conhecimento”, os métodos, as habilidades se tornam obsoletas, quase no exato momento de sua aquisição (ROGERS, 1971, p. 280 grifo do autor).

Como já indicado anteriormente, no campo da formação em saúde o princípio pedagógico expresso pela lógica do aprender a aprender tem sido adotado como uma postura educacional inovadora e avançada, capaz de preparar futuros profissionais para atuarem nas questões emergenciais da área da saúde. Ao que parece o campo da formação ainda está vivenciando o período romântico da adoção dos pressupostos inovadores, ou seja, os documentos oficiais têm divulgado as positivities e as potencialidades do referencial sugerido, sem fazer ou divulgar uma avaliação mais profunda se, de fato, tais pressupostos têm produzido e alcançado seus objetivos.

4.5 Metodologias Ativas em Saúde: a Expressão da Não Diretividade Pedagógica

No processo de reorientação da formação em saúde, a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem surge como uma premissa e uma indicação central. Tanto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como no Pró-Saúde e, de forma menos incisiva, nas Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações na área da saúde, enfatiza-se a necessidade de alteração de ordem metodológica, de referencial pedagógico, dos cursos superiores aderirem às metodologias ativas, tomando as práticas profissionais e os problemas da realidade na atenção em saúde como o ponto central para a aprendizagem.

A base teórica das metodologias ativas em educação articula-se às ideias divulgadas pelo escolanovismo, em que a função da escola não seria a preparação para a vida, mas a própria vida, onde o ambiente em que o aluno vive possui valor determinante para o aprendizado, assim o aluno aprenderia entrando em contato direto com o objeto de aprendizagem, em vez de, simplesmente, praticar abstrações (LUZURIAGA, 2001).

No campo da formação em saúde, as metodologias ativas são tomadas como possíveis estratégias nas quais o aluno seria o protagonista central e o professor seria um facilitador coadjuvante das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem. O aluno “[...]”

assume a direção de seu caminhar e constrói sua trajetória de aprendizagem, ancorada na sua história de vida e experiências acumuladas, assim como na realidade em que está inserido” (REIBNITZ; PRADO, 2006, p. 232).

Ramos (2010) sintetiza os fundamentos teórico-metodológicos do escolanovismo ao indicar que:

Em termos metodológicos, a pedagogia “nova” tende a valorizar as descobertas feitas pelos próprios estudantes – e, como tal, consideradas válidas e verdadeiras se demonstrada sua utilidade para a resolução de problemas – em detrimento do saber produzido socialmente e acumulado como patrimônio científico e cultural. Como estes dois campos tendem a ser identificados como conteúdos abstratos e a-históricos, o ensino que se propõe a transmiti-los é considerado como tradicional e retrógrado. Ocorre que a transmissão e a aquisição dos conhecimentos obtidos pela ciência, sistematizados e incorporados como acervo cultural da humanidade, são fundamentais para a produção de novos conhecimentos, posto que todo novo conhecimento pressupõe um anterior. Sendo assim, nenhum método de ensino que se baseie somente na investigação ou na resolução de problemas – a não ser que admitido o espontaneísmo da aprendizagem e o relativismo do conhecimento – se sustentaria sem a aprendizagem do conhecimento científico já elaborado (p. 185).

Os conteúdos escolares, na concepção das metodologias ativas, são estabelecidos em função de experiências que o aluno vivencia frente a desafios cognitivos e a situações-problema:

Dá-se, portanto, muito mais valor aos processos mentais e habilidades cognitivas do que a conteúdos organizados racionalmente. Trata-se de ‘aprender a aprender’, ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito (LUCKESI, 1990, p. 58).

Roger Cousinet, anteriormente mencionado, foi um dos divulgadores dos métodos ativos em educação, juntamente com o educador norte-americano John Dewey, defensor da ideia de que o ensino deveria dar-se pela ação e não pela instrução. Ovide Decroly reforçou os pressupostos das metodologias ativas ao divulgar o método do “centro de interesse”, sendo que educar era partir das necessidades (interesses) dos alunos. Outro pioneiro da Escola Nova, Adolphe Ferrière (1879-1960), propôs que o ideal da escola ativa seria a atividade espontânea, pessoal e produtiva.

Em suma, o pressuposto das clássicas metodologias ativas é o de que o aluno deve ser o centro do processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, esse princípio requer métodos

ativos e criativos centrados no interesse do aluno, sendo a aprendizagem uma atividade de descoberta (GADOTTI, 2004).

Os intelectuais divulgadores dos métodos ativos e que tiveram suas produções reconhecidas mundialmente, em sua maioria, não eram originalmente do campo da educação. Eram da área da Psicologia, da Medicina, da Biologia e em decorrência disso, trouxeram experiências, perspectivas e posições distintas que imprimiram singularidades aos fundamentos do movimento ativista e, inquestionavelmente, à pedagogia de forma geral.

Buscaram respostas para aos problemas educacionais em novas abordagens científicas de suas áreas de origem e em experiências particulares, chegando à conclusão de que o ensino deveria ser mudado e que os problemas eram mais de ordem metodológica, de procedimentos pedagógicos do que do próprio conteúdo escolar; que as relações pedagógicas entre professor e aluno seriam mais importantes que o processo formal de ensino-aprendizagem e que o entendimento da psique da criança/aluno era fundamental para produzir experiências escolares significativas (CAMBI, 1999).

O uso do termo metodologias ativas, no campo da formação em saúde, parece indicar uma gama variada de propostas pedagógicas, divulgadas como inovadoras e alternativas ao processo de formação vivenciado pelas instituições de ensino superior. Foi possível, pela sistematização realizada, perceber que são consideradas metodologias ativas, basicamente as propostas alicerçadas pela crítica a uma postura mais diretiva do processo de ensino-aprendizagem; aquelas que rompem com a postura disciplinar do currículo; aquelas que defendem os princípios pedagógicos da aprendizagem significativa, do professor facilitador e do aprender a aprender e aquelas propostas que adotam como método de ensino a aprendizagem baseada em problemas ou a metodologia da problematização. Em outras palavras, na atualidade, o termo metodologias ativas representa, no campo da formação em saúde um conceito abrangente que abriga as diversas metodologias, propostas pedagógicas, métodos que se respaldam na postura não diretiva de formação escolar, inspirada nos ideais da Escola Nova.

Georges Snyders (1978), em sua obra *Para onde vão as pedagogias não-directivas?* ao realizar uma análise do ponto de vista pedagógico e político acerca de autores ligados à não diretividade, indicou que tal corrente pedagógica trouxe contribuições ao debate educacional ao ter questionado a relação autoritária entre professores e alunos, a dominação do mestre e a passividade do aluno, além de fomentar a discussão sobre a democracia nas relações pedagógicas.

Snyders, todavia, ao estudar os pressupostos teóricos da não diretividade, desenvolveu sérias e contundentes críticas a tal postura pedagógica. Indicou que possivelmente as pedagogias não diretivas não consigam resolver os problemas que suscitaram:

[...] nosso receio é precisamente que este esforço para a democracia se afunde no conformismo, que a abdicação do mestre deixe os alunos serem vítimas de estereótipos estabelecidos, que certa indiferença pelos conteúdos do ensino e pela sua força de verdade condene os alunos a um cepticismo inevitavelmente passivo e, no fim de contas, os deixe desarmados perante as tarefas de envergadura que deveriam empreender (SNYDERS, 1978, p. 8).

A abstração de democracia nas relações pedagógicas, defendida pelas pedagogias não diretivas, entendida como ausência de condução pedagógica, acabaria por obliterar a possibilidade do processo educativo. Nessa direção, Luckesi (1990) faz importantes reflexões ao questionar:

Mas o que será mais democrático: excluir toda forma de direção, deixar tudo à livre expressão, criar um clima amigável para alimentar boas relações, ou garantir aos alunos a aquisição de conteúdos, a análise de modelos sociais que vão lhe fornecer instrumentos para lutar por seus direitos? Não serão as relações democráticas no estilo não-diretivo uma forma sutil de adestramento, que levaria a reivindicações sem conteúdo? Representam as relações não-diretivas as reais condições do mundo social adulto? Seriam capazes de promover a efetiva libertação do homem da sua condição de dominado? (LUCKESI, 1990, p. 73).

Em contraponto a não diretividade pedagógica, a concepção diretiva do processo pedagógico entende que o trabalho educacional deve ser um ato intencional com o objetivo de proporcionar aos alunos o acesso ao conhecimento objetivo produzido historicamente.

Saviani (1991a), ao definir a natureza e a especificidade da educação, indica que:

[...] o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens, assim o objetivo da educação diz respeito, de um lado à identificação dos elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos da espécie humana para que eles se tornem humanos e, do outro lado e concomitante, à descoberta das formas mais adequadas para atingir esse objetivo (p. 21).

Nesse sentido, a postura diretiva compreende o ato pedagógico como uma relação entre o aluno e as matérias de estudo, mediadas pelo professor, que deve procurar assegurar os resultados formativos desse encontro. A instituição escolar deve possibilitar o encontro entre o aluno e o mundo social, desempenhando o papel de transmissora e assegurando a

assimilação dos conteúdos culturais. Não obstante, o aluno não deve recebê-los passivamente, cabendo ao professor criar oportunidades para que se estabeleça uma relação dialética entre os conteúdos e as experiências trazidas pelos alunos (LIBÂNEO, 2002).

Além disso, nem sempre defender uma proposta ativa de ensino-aprendizagem significa filiar-se aos princípios pedagógicos não diretivos. Tal constatação parte do entendimento que Gramsci fez acerca de certa positividade da escola ativa, entendida por ele como princípio central da Pedagogia Moderna. Para Gramsci (2004), a escola ativa ao romper com os princípios pedagógicos jesuíticos representou um progresso, entretanto, o autor deixou claro que o papel clássico do processo educativo escolar dever ser reafirmado, ou seja, de que é dever das gerações adultas formar as gerações mais novas.

Gramsci em *Cadernos do Cárcere* (2004), especificamente, no *Caderno 12*, fez apontamentos sobre os intelectuais e o princípio educativo explicitando que a instituição escolar deveria promover a participação ativa do aluno, em que o nexos instrução-educação, mediado pelo trabalho do professor, oportunizasse a relação efetiva entre vida e cultura; em que a aprendizagem do real, dos elementos culturais fundamentais seriam os elementos centrais para a promoção da formação intelectual dos estudantes, sendo que as noções científicas concretas aprendidas na escola deveriam colaborar para a superação do senso comum do ambiente em que o aluno vive.

Em diferentes passagens, Gramsci (2004), ao defender que a escola deveria considerar e trabalhar com a possibilidade da formação do aluno como um sujeito ativo, não o faz de forma desavisada ou indistinta dos referenciais escolanovistas. Advertiu quanto à propagação dos princípios ativos sem a devida reflexão:

Ainda se está na fase romântica da escola ativa, na qual os elementos da luta contra a escola mecânica e jesuítica se dilataram morbidamente por razões de contraste e de polêmica: é necessário entrar na fase “clássica”, racional, encontrando nos fins a atingir a fonte natural para elaborar os métodos e as formas (GRAMSCI, 2004, p. 39).

Sem negar o progresso de certas ideias da Pedagogia Ativa, Gramsci apontou que no decurso da crítica aos métodos escolares tradicionais e à proposição de novos pressupostos, o movimento ativo paralisou os estudos pedagógicos, e formou-se o que ele denominou de “igreja”, dando lugar a “involuções” que geraram problemas e tornaram-se elementos que, se levado as últimas instâncias, inviabilizariam a tarefa central do processo educativo formal.

Uma das involuções destacada pelo autor foi o conceito de “espontaneidade”, em que “[...] quase se chega a imaginar que o cérebro do menino é um novelo que o professor ajuda a

desembaraçar” (GRAMSCI, 2004, p. 62). Gramsci de forma segura reforçou o princípio de que a educação escolar e todas as atividades desenvolvidas nela se traduzem na luta contra as características meramente biológicas, naturais e instintivas do aluno. A educação, para ele, teria a tarefa de produzir uma “natureza” social nos sujeitos, dominando a “natureza” bio-física e produzindo um sujeito social e historicamente situado (GRAMSCI, 2004).

Outra involução da escola ativa, identificada por Gramsci, foi o conceito de escola. O autor conceituou escola como “atividade educativa direta”, não sendo a vida do estudante, como bem defendida pela Pedagogia Ativa. A escola é uma fração da vida do aluno, ao frequentar a escola o aluno conviverá com dois “mundos”, o da vida em sociedade e da cultura sistematizada. Portanto, a escola teria a função de colocar o estudante em contato, “[...] ao mesmo tempo, com a história humana e com a história das ‘coisas’, sob o controle do professor” (GRAMSCI, 2004, p. 63).

Por entender a educação escolar como uma atividade educativa direta, Gramsci reforçou o papel do professor na formação e na preparação intelectual do aluno. A tarefa consistiria em acelerar e em disciplinar a formação do mesmo no processo de apropriação da cultura superior, não o deixando preso às suas impressões primeiras. “Um jovem de intelecto agudo e vivo, desprovido de uma sólida preparação, não tem mais a apresentar do que um acervo de idéias, ora verdadeiras ora falsas, que têm para ele o mesmo valor” (GRAMSCI, 2004, p. 189).

Sendo assim, no que tange às origens teórico-metodológicas do referencial pedagógico das atuais propostas para a formação superior na área da saúde, é possível perceber as reverberações dos ideais das pedagogias não diretivas e ativas que se coadunaram ao movimento do ‘escolanovismo’, no início do século passado.

O que hoje se apresentam como inovações pedagógicas na atualidade, ao ser situado historicamente, perde sua inventividade e originalidade, sem que tenha havido o devido reconhecimento de suas fontes. A aceitação acrítica do que se reveste de novidade velha pode, igualmente, ocultar as oposições que essas mesmas proposições enfrentaram no passado, inclusive no Brasil, oposições promovidas por aqueles que, dentre outros senões observados nesses princípios, defendiam a educação pública, gratuita e de qualidade para todos, como um dos caminhos para uma sociedade menos desigual.

4.6 Métodos de Ensino Ativos: PBL (Problem Based Learning) ou Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização

A divulgação de métodos ativos na formação em saúde, alicerçados sobre o pressuposto da aprendizagem por problemas, parte da crítica ao modelo de formação denominado de tradicional, em que a ênfase do processo ensino-aprendizagem centrava-se na figura do professor como o responsável pela condução das práticas educativas, tendo por método de ensino a exposição verbal dos conteúdos a serem aprendidos.

A formação tradicional em saúde é amplamente divulgada como aquela que é realizada por meio de propostas curriculares disciplinares; em que o professor tem a responsabilidade de socializar os conhecimentos que os futuros profissionais deverão assimilar e incorporar; em que os conhecimentos são trabalhados de acordo com os níveis de complexidade, geralmente partem de disciplinas consideradas básicas para as específicas da formação profissional, promovendo o que os críticos desse modelo afirmam ser a fragmentação/compartimentalização do conhecimento em disciplinas.

Como antagonica ao modelo de formação em saúde, considerado tradicional, emerge como alternativa metodológica a aprendizagem por problemas ou educação problematizadora. Cabe salientar que a utilização de problemas como método de ensino não é nova e não possui uma única abordagem.

Zanotto e De Rose (2003), em estudo que analisou metodologias que enfatizam a resolução de problemas, identificaram quatro abordagens diferentes acerca do conceito e da utilização de problematização no processo de ensino-aprendizagem, sendo elas divulgadas pelas produções teóricas de: Dewey, Saviani, Paulo Freire e Ausubel. Apesar disso, seria uma imprecisão teórica estabelecer identidade entre os pressupostos teóricos-metodológicos dos autores citados (RODRIGUES; CONTERNO, 2007).

É importante ressaltar que a educação problematizadora não é uma concepção exclusiva das metodologias ativas; que o conceito de problematizar não possui sentido único e que ao ser utilizado como um método de ensino é necessário explicitar quais objetivos pretendem-se alcançar e a qual concepção filosófica de educação se articula.

De forma geral, a aprendizagem por problemas pode ser identificada como a possibilidade de relacionar coerentemente três elementos que, integrados promoveriam uma prática educativa problematizadora, sendo a identificação de um problema; a busca de explicação e a proposição de soluções (ZANOTTO; DE ROSE 2003).

Segundo os autores citados, problematizar seria mais do que a formulação de questões ou perguntas, pois nem toda pergunta possui um problema. “Problematizar significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz de forma intrínseca e que o sustenta” (ZANOTTO; DE ROSE, 2003, p. 47).

Bordenave e Pereira (1991), autores citados como suporte teórico às metodologias problematizadoras para a formação em saúde, definem a educação problematizadora como sendo a que: “[...] implica na participação ativa e no diálogo constate entre alunos e professores. A aprendizagem é concebida como resposta natural do aluno ao desafio de uma situação-problema” (p. 10).

Com base nesse entendimento, na área da saúde, há a divulgação e a adesão pelas Instituições de Ensino Superior de dois métodos de ensino que se fundamentam nos pressupostos da educação problematizadora, da aprendizagem significativa e do aprender a aprender, sendo eles: a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização, que por possuírem características peculiares, serão apresentadas, a seguir, separadamente.

4.6.1 A Aprendizagem Baseada em Problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas ou Problem Based Learning (PBL) é divulgada no campo da formação em saúde como uma das estratégias inovadoras em questão de metodologia de ensino superior. Toma por princípio pedagógico, os conceitos de aprendizagem centrada no aluno, do aprender a aprender e da integração dos conteúdos das diferentes áreas de saber (MORAES; MANZINI, 2006).

Teve suas origens nas experiências realizadas na década de 1960 na Universidade de Maastricht, Holanda e com maior impacto na Faculdade de Medicina da Universidade McMaster, Canadá, sob a influência da metodologia do estudo de casos empregada nos anos de 1920, na Escola de Direito de Harvard (BARROS; LOURENÇO, 2006).

A recomendação da utilização do método da aprendizagem por problemas na formação profissional em saúde não é nova, estava presente nas discussões e recomendações dos movimentos internacionais já na década de 1950 que discutiam a necessidade da adoção de novos métodos de ensino. Como já explicitado na segunda seção do presente estudo, o movimento mundial de mudança na formação médica teve forte influência e produziu

consensos, para além de seu campo específico, os quais enfatizavam a reorientação da formação em saúde quanto à organização do currículo, enfatizando o ensino da Medicina Preventiva e a revisão dos aspectos pedagógicos.

O debate da formação em saúde no século passado, realizado em vários eventos e iniciativas, com apoio, principalmente, da OPAS, OMS e Fundação Kellogg, dentre eles os Seminários de Medicina Preventiva, as Conferências Mundiais de Educação Médica e os Programas que incentivavam a Integração Docente-Assistencial (IDA), indicavam que para produzir novas atitudes dos profissionais frente aos problemas de saúde seria necessário adotar novos procedimentos pedagógicos, destacando-se a aprendizagem por problemas.

Nessas primeiras experiências, o currículo escolar enfatizava mais o estudo de problemas apresentados por meio de casos de pacientes do que a leitura e estudo de textos teóricos, tornando-se um exemplo de inovação pedagógica, que se disseminou, via recomendações das entidades ligadas à formação em medicina, as escolas situadas em diferentes países, como: a África, Ásia e América Latina. No Brasil, a partir da década de 1990 várias escolas de formação de profissionais de saúde têm divulgado a Aprendizagem Baseada em Problemas como alternativa pedagógica aos processos de formação escolar, dentre as instituições destaca-se a Faculdade de Medicina de Marília em São Paulo e na Universidade Estadual de Londrina, no Paraná (BERBEL, 1998).

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem sido:

[...] considerada uma das mais significativas inovações na educação médica nos últimos anos, surgindo como um movimento de reação aos currículos das escolas médicas sob a forte influência do modelo flexneriano que privilegiava o modelo biomédico e o ensino centrado no hospital. [...] Propõe-se a um trabalho criativo do professor que estará preocupado não só com o “que”, mas, essencialmente, com o “por que” e o “como” o estudante aprende (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004. p. 783).

Berbel (1998), ao aprofundar o estudo acerca das divergências e convergências da Metodologia da Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problemas concluiu que:

A Aprendizagem Baseada em Problemas tem como inspiração os princípios da Escola Ativa, do Método Científico, de um Ensino Integrado e Integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudos e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos à sua futura profissão (p. 152).

Assim sendo, a Aprendizagem Baseada em Problemas apresenta-se como um método de aprendizagem, centrado no estudante, e não um método de ensino. Para o desenvolvimento da referida proposta, os alunos são divididos em grupos tutoriais, que devem ser compostos de doze a treze estudantes, sob a coordenação de um professor tutor que atua como facilitador. Dentre os alunos que compõem o grupo tutorial, um aluno será o coordenador e outro será o secretário, sendo que em cada sessão/reunião do grupo há o rodízio nas funções, para garantir que todos os integrantes do grupo exerçam as funções de coordenador e de secretário (BERBEL, 1998; MORAES; MANZINI, 2006; GIL, 2007).

A cada grupo tutorial é apresentado um problema pré-elaborado por uma comissão de elaboração de problemas. O problema é lido tendo em vista a identificação de termos desconhecidos e as questões propostas pelo enunciado. Em seguida, o grupo formula hipóteses sobre o problema apresentado, procedendo à elaboração dos objetivos de aprendizagem, ou seja, identifica-se o que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses. A próxima etapa realiza-se por meio do estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizagem e, após, os alunos retornam ao grupo tutorial para discussão do problema considerando os novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior (BERBEL, 1998; GIL, 2007).

Há a previsão de uma carga horária para o estudo de cada problema, sendo que o grupo tutorial deverá passar por todas as etapas descritas anteriormente dentro do prazo de 4 períodos (manhã ou tarde) e assim passar para outro problema.

No Brasil, as instituições que se destacam por terem sido as pioneiras na organização do processo formativo tendo como método a Aprendizagem Baseada em Problemas são: a Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Faculdade de Medicina da Unesp – Botucatu e curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. As instituições que adotaram o método sofreram uma reorientação do currículo, o qual deixou de ser disciplinar. Os conteúdos passaram a ser trabalhados nos problemas de modo integrado, pois a solução de determinado problema requer conhecimentos de diferentes áreas do saber, bem como da interação dos estudantes nela envolvidos.

Há uma gama de produções acadêmicas que se dedicam ao relato e descrição das experiências curriculares que utilizam a Aprendizagem Baseada em Problemas na formação de profissionais ligados a saúde¹⁵, mas, com relação à análise e reflexão dos limites dos

¹⁵ Sobre a concepção pedagógica e as experiências educativas amparadas na Aprendizagem Baseada em Problemas ver: BERBEL (1995, 1998, 2012); BERBEL; GAMBOA (2012); MORAES; MANZINI (2006); CASTRO. et al. (2008); RENDAS; PINTO; GAMBOA (1997); CYRINO; TORALLES-PEREIRA (2004);

fundamentos teóricos/filosóficos da referida proposta pedagógica, a produção é escassa. Ao considerar esse dado, certas ponderações e questionamento podem ser feitos: em que medida a produção acadêmica, ao centrar-se na apresentação das experiências de formação em andamento; de situações pedagógicas respaldadas pelo PBL; da inquestionável positividade e relevância do referido método de aprendizagem no campo da formação em saúde, tem produzido a mitificação e o consenso de que a referida proposta pedagógica seria a novidade e o avanço em relação aos demais métodos de ensino-aprendizagem, ou, têm transformado o debate da formação em saúde em uma questão exclusiva de forma/estratégia de ensino-aprendizagem.

4.6.2 A Metodologia da Problematização

A Metodologia da Problematização tem sido divulgada como uma estratégia pedagógica com potencialidade para formar profissionais de saúde mais críticos e capazes de enfrentarem os desafios postos pela realidade social.

A Metodologia da Problematização surge dentro de uma visão de educação voltada para a transformação social, cuja crença é a de que os sujeitos precisam instruir-se e conscientizar-se de seu papel, de seus deveres e de seus direitos na sociedade. Trata-se de um concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante (BERBEL, 1995, p. 14).

A referência teórica mais importante para explicitar a viabilização da Metodologia da Problematização no campo da formação em saúde no Brasil, tem sido o denominado Método do Arco de Charles Maguerez¹⁶, divulgado pelo esquema apresentado por Bordenave e Pereira (1991) e pela produção de Berbel (1998, 1995). Vale destacar que a produção de Paulo Freire também é, de modo recorrente, citada como aporte teórico no desenvolvimento da Metodologia da Problematização.

TSUJI; AGUILAR-DA-SILVA (2004); WATERKEMPER; PRADO (2011); JUNIOR TOLEDO. et al. (2008); GOMES., et al. (2009); BARROS; LOURENÇO (2006).

¹⁶ Charles Maguerez foi um educador francês que se voltou para trabalhadores analfabetos em minas de carvão ou de petróleo, na agricultura ou na indústria, em países subdesenvolvidos ou recém-independentes, localizados na Europa e África. Charles Maguerez relatou sua experiência educativa no livro “*La promotion technique du travailleur analphabete*”, publicado no ano de 1966. Além disso, na década de 1970, Maguerez prestou consultoria ao Brasil, a qual teve por objetivo a realização de diagnóstico de treinamento de técnicos agrícolas do estado de São Paulo (BERBEL, 2012).

Como já apontado na seção anterior deste trabalho, a obra de destaque de Bordenave e Pereira intitulada “*Estratégias de ensino-aprendizagem*” tem como objetivo central refletir sobre os principais problemas do ensino superior, bem como apontar, segundo as perspectivas teóricas dos autores, as possíveis soluções aos problemas identificados nesse nível de ensino.

Bordenave e Pereira (1991) indicam que no campo educacional é possível perceber dois tipos de educação, a educação bancária ou convergente e a educação problematizadora ou libertadora.

A educação bancária foi caracterizada como aquela baseada na transmissão do conhecimento e da experiência do professor; os conteúdos escolares teriam uma importância central no processo ensino-aprendizagem; o objetivo da escola seria o de aumentar significativamente o arsenal de conhecimento do aluno, não preocupando-se com suas características individuais, como resultado disso, o aluno seria passivo, mais preocupado em memorizar regras e conceitos abstratos do que enfrentar os problemas concretos do cotidiano (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Por outro lado, a educação problematizadora possibilitaria, por meio de estratégias pedagógicas, uma participação ativa dos alunos no processo educativo, ao considerar o conhecimento prévio que os mesmos possuem e ao oportunizar o desenvolvimento da consciência crítica e criativa por meio da resolução de problemas.

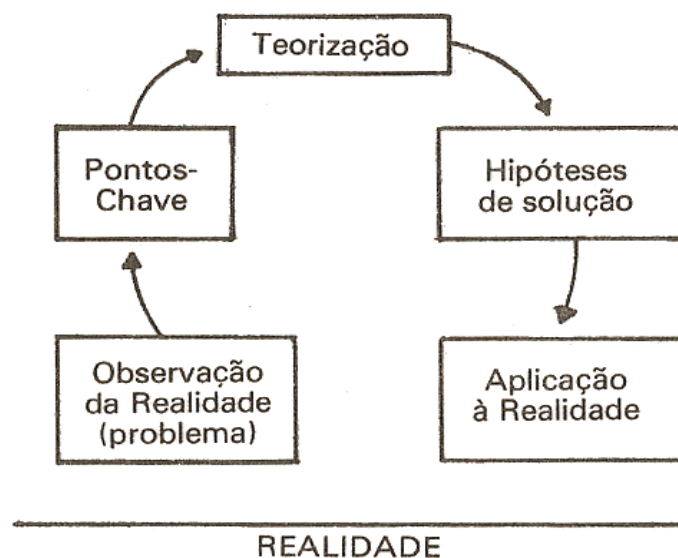
Bordenave e Pereira (1991), apesar de utilizarem conceitos criados e desenvolvidos pelo educador Paulo Freire, não fazem nenhuma menção ao referido autor e sua produção. Além disso, limitam-se a apresentar a Metodologia da Problematização como uma inovação importante para o ensino superior, sem aprofundar a reflexão acerca dos diversos determinantes dessa concepção educativa, além de apresentarem o Método do Arco como a forma privilegiada de se promover a problematização nos espaços educativos.

Segundo Berbel e Gamboa (2012), a origem mais remota da conceituação e utilização do Método do Arco encontra-se na obra de Maguerez, publicada em Paris em 1966 com a seguinte denominação “*Le promotion technique du travailleur analphabete*”¹⁷. Na citada obra, Maguerez relatou a experiência, desenvolvida aproximadamente por seis anos, da utilização de sua proposta de formação junto a trabalhadores analfabetos de minas de carvão, de petróleo, da agricultura ou da indústria, em países periféricos (BERBEL, 2012).

A proposta metodológica de Maguerez divulgada no Brasil por Bordenave e Pereira, pode ser visualizada na ilustração a seguir:

¹⁷ “A promoção técnica do trabalhador analfabeto” (tradução nossa).

Figura 1 - Esquema representativo do Arco de Maguerez



Fonte: BORDENAVE; PEREIRA, 1991, p. 10.

De acordo com o esquema, o Método possui cinco etapas, sendo que o processo de aprendizagem deve estar relacionado com um determinado aspecto da realidade, levando o aluno primeiramente a observar a realidade em si mesma. “Ao observar a realidade, os alunos expressam suas percepções pessoais efetuando, assim, uma primeira ‘leitura sincrética’ ou ingênua da realidade” (BORDENAVE, 1989, p. 266).

Nessa primeira fase, a discussão entre os membros dos grupos é importante, pois ajudará a identificar e a redigir o problema, que atuará como uma síntese dessa etapa e referência para as demais fases (BERBEL, 1998).

Na segunda etapa, os alunos deverão identificar os pontos-chave do problema ou do assunto destacando, os elementos mais determinantes da situação. Devem elaborar os pontos essenciais que deverão ser estudados sobre o problema identificado.

A etapa da teorização é o momento em que os alunos se organizam para buscar informações para entenderem o problema, tanto em suas manifestações empíricas, como também teóricas. De acordo com Berbel (1998), os alunos “Vão à biblioteca buscar livros, revistas especializadas, pesquisas já realizadas, jornais, atas de congressos etc, vão consultar especialistas sobre o assunto, vão observar o fenômeno ocorrendo [...] assistem palestras e aulas quando oportunas” (p. 143).

Após a busca de informações e a teorização do problema, os alunos passam à formulação de hipóteses de solução para o problema em estudo. Nessa fase, os alunos pautam-se pelas indagações acerca do que precisa acontecer e fazer para que o problema seja solucionado (BERBEL, 1998).

Com as atividades desenvolvidas nas etapas descritas chega-se a última que se refere à aplicação à realidade, momento em que a Metodologia da Problematização supera o exercício intelectual, em que as decisões devem ser postas em prática. “[...] o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la” (BORDENAVE, 1989, p. 267).

A proposta pedagógica da problematização da aprendizagem, do Arco de Maguerz, está calcada nos princípios da Pedagogia Ativa não diretiva, ou seja, o processo de aprendizagem não é guiado por objetivos educacionais definidos e nem delimita expectativas quanto à aprendizagem; o professor deve ser facilitador tendo a função de organizar o grupo para que busque as informações, conhecimentos, avaliados como necessários para resolver dado problema. A imprevisibilidade é uma marca peculiar desse método de ensino.

Na Metodologia da Problematização não há controle total dos resultados em termos de conhecimentos. Eles são buscados para responder ao problema do estudo, este entendido amplamente, considerando-se suas possíveis causas e determinantes, que em geral ultrapassam os aspectos técnicos-científicos. Os resultados não são de todo previstos, a não ser em termos de vivência das atividades pelo aluno em todas as etapas do processo. Os conteúdos tanto podem não satisfazer o professor em termos do que gostaria de ver apreendido pelos alunos, quanto podem surpreender ao professor e ao próprio grupo quando descobrem aspectos e relações não previstos (BERBEL, 1998, p. 150).

O Arco de Maguerz é aclamado, no campo da formação em saúde, como a proposta mais acabada da problematização do ensino. Todavia, há outras abordagens metodológicas que consideram a problematização um recurso importante ao processo ensino-aprendizagem, dentre elas pode-se indicar o Método de Paulo Freire e a Pedagogia Histórico-Crítica.

As ideias do educador Paulo Freire possuem uma considerável aceitação na área da saúde, tanto em processos educativos formais, aqueles desenvolvidos em curso de formação de profissionais de nível superior e cursos de caráter profissionalizante, quanto em práticas educativas não formais, como por exemplo, práticas educativas com grupos específicos e com a comunidade. Muitas referências sobre a Metodologia da Problematização na formação em saúde utilizam os pressupostos da Pedagogia Libertadora, destacadamente o entendimento da

relação professor-aluno, que tem no diálogo o método básico e na problematização de temas vividos pelos alunos o fio condutor do processo educativo.

A produção de Saviani, apesar de ser reconhecida na área da educação, não tem sido tomada como referência no campo da formação superior em saúde. Saviani, ao expor seus pressupostos pedagógicos, de maneira especial nas obras *Pedagogia Histórico-Crítica: primeira aproximações* e *Escola e Democracia*, reforçou a ideia de que o trabalho educativo realiza-se pelo ato de promover, de forma direta e planejada, em cada sujeito, a humanidade que foi produzida histórica e socialmente pelo conjunto dos homens (SAVIANI, 1991a).

Saviani, ao defender uma postura pedagógica “para além dos métodos novos e tradicionais”(1991b, p. 76), afirmou que o método de ensino deveria partir da prática social em que aluno e professor estão inseridos, sem negar que há diferenças significativas entre tais sujeitos, que por serem históricos, possuem interesses e posições diferentes. Enquanto o professor possui, pela articulação de conhecimentos e experiências acumuladas, uma síntese da prática social, que é precária, não universal, o aluno, por não ter se apropriado dos elementos essenciais para efetivar a articulação entre conhecimento e prática social, possui uma compreensão sincrética.

A problematização emerge na prática social, como momento de identificação dos principais problemas, postos pela realidade, que precisam ser resolvidos no âmbito da prática social. Saviani (1991b) adverte que a capacidade de problematizar dada prática social depende do domínio de certos instrumentos, no caso da escolarização, o domínio de elementos culturais e científicos.

A instrumentalização, no método proposto por Saviani seria uma etapa importante do processo de formação, pois nessa se daria a apropriação de instrumentos/conhecimentos teóricos e práticos indispensáveis à luta social e à tomada de consciência do lugar ocupado pelos educandos na sociedade em que vivem.

O quarto passo da proposta metodológica do autor seria a catarse, na qual se efetivaria a incorporação das ferramentas culturais, “[...] transformados agora em elementos ativos de transformação social” (SAVIANI, 1991b, p. 81). E finalmente a última etapa, o ponto culminante do processo educativo, a possibilidade da síntese, da articulação dos conhecimentos e experiências da prática social.

Ao apresentar os dados e a sistematização sobre a divulgação e a utilização da problematização como um elemento estruturante do método de ensino, destacou-se que nem todas as propostas pedagógicas que tomam a problematização como um fundamento didático compartilham a mesma concepção filosófica de educação, em vista disso, é fundamental

entender os pressupostos teóricos que direcionam os princípios pedagógicos expressos em métodos de ensino-aprendizagem ou propostas curriculares.

É importante registrar, que as várias formas de conceber a educação escolar resultam de opções e entendimentos que privilegiam determinados aspectos do processo educativo. Relembrando a metáfora do mirante utilizada por Löwy (1994), para explicar as diferentes posições e visões na produção do conhecimento, é possível fazer uma reflexão similar acerca do que seria um referencial pedagógico adequado ao processo educativo. Quanto mais abrangente for um referencial pedagógico, no sentido de orientar e possibilitar de fato uma relação pedagógica que garanta o acesso, a socialização e a aquisição do conhecimento sistematizado, maior será o resultado da ação educativa escolar.

A dimensão da eficácia de um referencial pedagógico não se expressa pela quantidade de novidades, de técnicas, de exercícios e recursos pedagógicos anunciados, mas se de fato conduzir as distintas ações pedagógicas à realização da função clássica do trabalho escolar, ou seja, a transmissão e assimilação do conhecimento historicamente produzido.

Como bem advertido por vários teóricos que defendem uma postura comprometida da escola em favor a socialização do conhecimento, o trabalho pedagógico deve desempenhar o papel de mediador entre a vida cotidiana e as esferas não cotidianas da ação social, sendo que cada professor deve assumir a responsabilidade de transmitir aos alunos o que de mais sofisticado exista no conhecimento humano (DUARTE, 2001a).

Bernad Charlot (2009) ao refletir sobre o que seria a especificidade da atividade escolar considera em primeiro lugar que a “[...] escola é um lugar onde o mundo é tratado como objeto e não como ambiente, lugar de vivência” (p. 93). A escola deverá trabalhar com conceitos teóricos, que obviamente têm um referente fora da escola, mas que se distancia e diferencia do cotidiano do aluno. “A distanciação possibilita ao aluno sair do mundo subjetivo das emoções, dos sentimentos, da experiência vivenciada e pôr o mundo como objeto a ser pensado” (CHARLOT, 2009, p. 94).

Portanto, a ação pedagógica do professor, segundo Charlot (2009) teria por um lado a função de controlar a relação entre o objeto de pensamento, os conceitos teóricos e os seus referentes no cotidiano, nas experiências vividas, e por outro lado, introduzir o estudante no mundo intelectual, constituído por objetos e conceitos que não derivam imediatamente de sua experiência de vida.

Young (2011) adverte ao discutir a função da instituição escolar no desenvolvimento intelectual do aluno, os riscos que certas “ortodoxias” pedagógicas atuais vêm divulgando como inovações progressistas no campo da educação escolar: “há o perigo de se negligenciar

a finalidade mais fundamental da educação escolar, que é levar os alunos para além de sua experiência por formas às quais eles dificilmente teriam acesso em casa. Certamente é para isso que são as escolas” (p. 614).

CONCLUSÃO

Ao chegar neste momento do estudo, no qual a elaboração da conclusão torna-se um elemento importante, é necessário destacar que mesmo com dificuldades em se produzir um texto acadêmico, expressas pelas limitações pessoais do pesquisador, pela temática eleita ou pela opção metodológica adotada, o presente trabalho buscou a objetividade na análise, procurando considerar os determinantes centrais que influenciam as propostas atuais de formação profissional em saúde no Brasil.

Esta tese revela uma parte do desenvolvimento intelectual do sujeito que a produziu. A elaboração permitiu a retomada de conceitos, a revisão de certas posições acerca do objeto estudado e a descoberta de elementos inicialmente não considerados na análise. Diante disso é possível afirmar que a produção e a conclusão de um estudo inevitavelmente desencadeiam mudanças no sujeito que o construiu.

Assim sendo, o estudo realizado teve por questão central recuperar os antecedentes históricos do movimento de mudança na formação profissional em saúde, com o intuito de apreender e analisar as influências teóricas que levaram o Ministério da Saúde, na atualidade, a assumir a indução das propostas de formação no sentido da indicação das metodologias ativas, de caráter não diretivo, como a única possibilidade para a formação na área. Além de identificar as origens teórico-metodológicas dos pressupostos pedagógicos recomendados como suporte à reorientação da formação em saúde no Brasil.

A questão central e os objetivos que parametrizaram a sistematização e a exposição dos dados, pelos quais se verificou a suposição de que as metodologias ativas, que têm por fundamento os pressupostos pedagógicos ativos e não diretivos, divulgados pelo Ministério da Saúde como inovadores no campo da formação em saúde, se contextualizados não se constituem em uma novidade educacional.

O estudo inicia explicitando os debates em âmbito internacional acerca da formação profissional em saúde que, na década de 1950, foram capitaneados por determinados setores da Medicina. O entendimento dos argumentos e das recomendações produzidos por esses debates foi necessário para a identificação do que se pode denominar de gênese das propostas de reforma curricular, que tomam os princípios pedagógicos ativos e não diretivos como centrais para a formação profissional em saúde.

Os dados permitem afirmar que a medicina, de forma organizada e sistemática, há longa data, vem se debruçando e tentando produzir consensos sobre as questões da formação

escolar de seus profissionais. Essa evidência derruba a ideia comum de que esse segmento profissional por ter pouco envolvimento com questões coletivas da área estaria alienado dessas discussões.

A medicina, por possuir diferenciada autonomia profissional, tem hegemonia técnica e política no setor da saúde, fato que ajuda a explicar a direcionalidade teórica que, historicamente, vem exercendo no campo da formação profissional em saúde. Direcionalidade concretizada pela divulgação de propostas de formação, específicas, mas assimiladas pelas demais profissões com significativa simpatia.

O mote do debate internacional no campo da formação em saúde, desde a década de 1950, centrou-se na readequação da formação pela reforma curricular e adoção de novos modelos pedagógicos, dando origem à concepção, que ainda tem tido força nas análises, de que os problemas encontrados nos serviços de saúde podem ser resolvidos por meio da melhoria da formação de seus profissionais, principalmente os da medicina.

Melhorar a formação profissional em saúde passou a ser a bandeira de várias entidades e órgãos internacionais, dentre elas, a OPAS e a Fundação Kellogg. Seja pelo reconhecimento técnico na oferta de ideias ou na oferta de recursos financeiros, tais entidades passaram a divulgar os consensos, estabelecidos, em grande parte, nos eventos, conferências seminários organizados por setores da medicina.

Um dos principais consensos foi de que a formação generalista dos profissionais, requerida para o desenvolvimento da Medicina Preventiva, seria alternativa para melhorar a assistência à saúde da população dos países mais pobres do planeta. A Medicina Preventiva se configurou como um movimento próprio dentro da medicina, mas articulado ao contexto da política mundial de saúde, em que a atenção primária foi tomada como a estratégia mais viável aos países periféricos, na tarefa de “aliviar” os efeitos negativos que o adoecimento da população, decorrente da pobreza causariam ao desenvolvimento econômico mundial.

A Medicina Preventiva passou a ser um conceito amplamente divulgado, tendo como intuito a mudança da prática assistencial, amparada na lógica de que a prevenção de doenças, do ponto de vista dos custos, seria mais exequível como modelo de atenção à saúde nos países com alto nível populacional e baixos índices de desenvolvimento. Nesse sentido, passa a ser desejável outro perfil profissional. Aquele profissional imbuído de conhecimentos específicos, com aporte em tecnologias de ponta, não se enquadraria no modelo oferecido às comunidades, portanto, a formação generalista, respaldada por conhecimentos de base que permitissem uma interação entre profissional e comunidade, de modo a independe fortemente de outros aportes tecnológicos e assistenciais, passou a ser desejável.

O movimento da Medicina Preventiva defendeu o raciocínio de que o domínio de conhecimento especializado seria um obstáculo à atuação dos profissionais da saúde nos problemas emergenciais da população. Centrada mais nas atitudes do que no embasamento científico, a Medicina Preventiva buscou provocar mudança no contexto da assistência pela adoção de um novo modelo de formação profissional (AROUCA, 1975).

A ênfase na formação generalista, que no Brasil atualmente também é eleita como a possibilidade de transformação da prática assistencial, emerge se contrapondo radicalmente ao modelo de formação respaldado em preceitos inspirados no Relatório Flexner. Sem ter sido suficientemente entendido como um documento datado e produzido em determinado contexto da discussão acerca da formação médica portanto, um documento interessado, que por razões históricas defendeu um modelo de formação centrado na racionalidade científica, o Relatório Flexner é tomado exclusivamente como o responsável pelos danos na formação médica e nas demais profissões da área da saúde. Passa-se a construir o consenso de que o Relatório Flexner e suas recomendações seriam os principais empecilhos para uma formação mais abrangente e crítica, ou seja, todas as negatividades e todos os males da formação foram produzidos pelas recomendações do citado documento. O referido consenso ainda é aceito sem resistência no campo da formação em saúde, mas precisa ser revisto e analisado sob um olhar mais objetivo e menos ideológico.

Nesse sentido, o discurso da necessidade de mudança na formação profissional em saúde, pautada pelos pressupostos da Medicina Preventiva e pelos parâmetros da formação generalista dos profissionais ganha espaço institucional no meio acadêmico e profissional como sinônimo de inovação em contraposição às práticas convencionais em saúde e educação.

Na tentativa de encontrar “pistas” históricas que ajudassem a entender os elementos que influenciam o campo da formação em saúde no Brasil atualmente, foram sistematizados dados de fontes primárias dos debates internacionais sobre a temática, os quais revelaram um achado importante que, no momento inicial do estudo, não era previsto. Assim, identificou-se que desde meados do século passado havia a indicação da necessidade de alteração das metodologias de ensino, respaldadas em princípios pedagógicos centrados na aprendizagem ativa, no aprender a aprender, na aprendizagem significativa e no aprender fazendo como alternativa ao modelo pedagógico então instituído.

Em suma, os pressupostos do movimento mundial de reforma do ensino em medicina e os debates da formação profissional em saúde de modo geral, inspirados na Medicina

Preventiva, datados na metade do século passado, podem ser considerados os elementos remotos que influenciaram a construção das propostas atuais de formação em saúde no Brasil.

A tese do movimento mundial de que os problemas dos serviços de saúde poderiam ser resolvidos pela qualificação de seus profissionais repercutiu no Brasil por meio de diferentes iniciativas, desde a divulgação dos pressupostos da Pedagogia Médica até a oficialização de políticas e programas indutores da formação. Cabe afirmar que tal repercussão não ocorreu espontaneamente, a Fundação Kellogg, amparada pela OPAS e pela OMS, teve papel determinante, além de fazer circular em solo nacional as ideias, propostas e modelos de formação discutidos em âmbito mundial, interveio de maneira direta, através da oferta de recursos financeiros a iniciativas e programas que propusessem a redefinição da formação em saúde.

No Brasil, a ideia da mudança, seja ela denominada como alteração, reorientação, redefinição ou reforma da educação profissional em saúde, passou nos anos de 1980 e de maneira mais explícita nos anos de 1990, a se constituir em elemento recorrente e central nos discursos no campo da formação em saúde. Mudar tornou-se quase que obrigatoriedade aos processos formativos, a “idolatria à mudança” levou muitas instituições de ensino a assumirem de forma desavisada certas propostas ou concepções que nem sempre tinham sido suficientemente debatidas pelos sujeitos que tiveram a tarefa de desenvolvê-las. Cabe destacar, que o incentivo financeiro, destinado às IES que reformassem seus currículos, adequando-os às propostas de mudança, foi e tem sido um elemento determinante para a ampliação da repercussão do discurso de mudança.

O foco das mudanças da formação profissional em saúde no Brasil incidiu nos aspectos organizativos do processo ensino-aprendizagem, nos aspectos pedagógicos. A modernização didática é tomada como elemento determinante da mudança da formação. Modernizar o ensino em saúde passou a ser sinônimo de redução da carga horária de aulas teóricas, de superação da concepção disciplinar do currículo, de desenvolvimento do ensino tutorial, da ênfase na aprendizagem ativa e significativa, tendo o aluno como o centro do processo de aprendizagem e o professor como um facilitador, além da adoção dos métodos de ensino baseados em resolução de problemas, expresso pela Metodologia da Problematização ou pela Aprendizagem Baseada em Problemas.

O Programa UNI pode ser tomado como o exemplo emblemático do movimento da modernização do ensino na área da saúde. A Fundação Kellogg ao financiar, em 1991, seis projetos vinculados a IES públicas, distribuídas estrategicamente nas Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, colocou as instituições contempladas em evidência como

notáveis representantes do novo no ensino, do avanço e da superação do que era tido como atrasado na formação.

Nesse contexto, a Rede UNIDA emerge como uma entidade disseminadora de experiências bem sucedidas em relação à modernização didática da formação em saúde. Esta, não se limitou a tal função, com apoio da Fundação Kellogg passou a se constituir em ator político, com uma agenda estratégica clara, no sentido de intervir e definir os fundamentos das políticas oficiais de formação.

De fato, a Rede UNIDA criou e ocupou espaços estratégicos por meio de intelectuais brasileiros que tinham um envolvimento com a discussão mundial da formação profissional em saúde e com relação aos quais a Medicina Preventiva destacava-se como perspectiva para a assistência à saúde da população. Os referidos intelectuais foram pessoas que ocuparam algum cargo em entidades ou em programas de abrangência internacional como a Fundação Kellogg, a OPAS, ou no Programa UNI, isso, certamente, repercutiu no fato desses profissionais terem se tornado sujeitos comprometidos organicamente com a divulgação da lógica de mudança dos modelos de formação que vêm sendo experimentados em solo nacional.

Não é uma avaliação irrefletida afirmar que a Rede UNIDA, de fato, tem desempenhado o papel direcionador dos rumos da formação em saúde no Brasil. É incontestável sua ação na construção dos princípios que orientam as diretrizes curriculares nacionais da área da saúde, na oferta das bases teóricas à construção do Promed, uma das primeiras realizações oficiais das estratégias defendidas pela entidade, bem como no apoio, de forma antecipada, à ampliação de tal Programa para todas as graduações em saúde, que desencadeou o Pró-Saúde, hoje, o Programa de maior notoriedade no campo da formação em saúde.

Apesar da constatação de que a direção do debate da formação em saúde no Brasil, nas últimas décadas, foi monopolizada pela Rede UNIDA, com apoio da Fundação Kellogg, é importante destacar que intelectuais e militantes envolvidos com a Reforma Sanitária brasileira e a construção do SUS não se eximiram de enfrentar a problemática, apresentando outros pressupostos para o entendimento da questão.

O movimento da Reforma Sanitária, ao discutir a formação dos profissionais ligados à saúde, o fizeram em articulação com as necessidades da implementação do SUS e em espaços coletivos como as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde.

O referido movimento, ao entender que a questão da formação em saúde era um dos elementos para o desenvolvimento do SUS defendeu, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que era prioridade o desenvolvimento de uma política nacional voltada aos recursos humanos em saúde, que contemplasse, tanto as questões acerca da qualificação/formação dos profissionais, quanto as relacionadas às condições de trabalho e que criasse meios de valorizar os trabalhadores vinculados ao sistema de saúde, fundamentalmente pela efetivação de planos de carreira, cargos e salários condizentes com as funções e tarefas desenvolvidas junto ao SUS.

Mesmo não elegendo a mudança curricular e metodológica da formação em saúde como determinante ou responsável para superar os entraves presentes na prática assistencial, os intelectuais do movimento da reforma sanitária, por meio das recomendações das Conferências Nacionais de Recursos Humanos indicaram que seria necessário repensar os processos formativos institucionais. Sugeriram que os currículos voltados à formação dos futuros profissionais deveriam: considerar a realidade e as necessidades da população atendida pelo sistema, criar mecanismos pedagógicos para viabilizar o contato precoce do estudante com os diferentes campos de atuação profissional, preparar os profissionais para a atuação em todos os níveis da atenção à saúde, superar as dicotomias entre teoria e prática, entre ciclos básico e profissional e resgatar o papel das universidades como centros de formação e produção de conhecimentos.

Nos anos 2000, com a ampliação da atuação e articulação da Rede UNIDA, expressa pela militância de seus intelectuais e pela ocupação de diversos espaços de gestão da formação, dentre eles as estruturas recém-criadas da SGTES, vinculada ao Ministério da Saúde, a posição da Rede sobressaiu-se às demais. Assim, o consenso da necessidade da inversão do modelo de assistência à saúde por meio da alteração dos pressupostos pedagógicos do ensino profissional da área foi amplamente incorporado, inclusive pelos defensores do SUS.

Nesse sentido, o Promed, as Diretrizes Curriculares Nacionais das graduações em Saúde e mais recentemente o Pró-Saúde e Pet-Saúde são a expressão oficial das propostas desenvolvidas e divulgadas por técnicos vinculados à Rede UNIDA, os quais têm monopolizado a discussão no campo da formação profissional em saúde. O desenvolvimento de tais políticas e programas passa a divulgar que a adesão a pressupostos pedagógicos inovadores seria a possibilidade exclusiva de promover mudança na formação em saúde para atender à inversão do modelo de assistência. Aos processos formativos é atribuída a tarefa de

preparar futuros profissionais capazes de atenderem as demandas da política atual em saúde, na qual a focalização das ações assistenciais na atenção básica em saúde é a orientação.

Tomar a atenção básica em saúde como eixo estruturante da formação para o setor, tendo por estratégias assistenciais as ações centradas na prevenção a doenças e envolvimento da família na resolução dos problemas de saúde de maior amplitude na comunidade revela de pronto, o risco de promover a revisão dos princípios norteadores do SUS. De um sistema que institui a saúde como direito, sendo garantida pelo Estado mediante condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, para um sistema de atenção à saúde focalizada em ações primárias, limitando o atendimento aos problemas que são mais emergentes e evidentes nos grupos mais vulneráveis.

É preciso cuidado para que os processos formativos não venham reforçar, pela organização curricular e pedagógica, a lógica de um sistema de saúde de atendimento simplificado e restrito a serviços essenciais de baixo custo, destinado à maioria da população, em que as ações dos profissionais são limitadas, voltadas mais às atitudes pessoais e menos ao domínio do conhecimento já produzido. Refletir a qual modelo de sociedade e de saúde os projetos formativos, implícita ou explicitamente, se articulam é uma questão fundamental.

Em relação à produção do conhecimento, é possível perceber um movimento que tem desacreditado os conhecimentos profissionais especializados, com o argumento de que são facilmente superados, pela produção de novas tecnologias e, assim, torna-se central que os profissionais aprendam a ser flexíveis e adquiram uma formação geral tornando-se aptos a se adaptar a tarefas novas e inesperadas (BRASIL, 2007a). A expressão conhecimento vai ganhando um sentido de atitude individual, de comportamento socialmente aceito, de capacidade de adaptação.

O campo da formação em saúde deverá considerar não só o método, as propostas pedagógicas, inovadoras ou não, mas as possibilidades que tais propostas oferecem para se compreender e resolver a complexidade dos processos saúde-doença na atualidade; ou seja, a discussão central não é de ordem metodológica e sim, primariamente, de ordem epistemológica (CUTOLO; DELIZOICOV, 2003).

O aprender a aprender, o professor facilitador, a aprendizagem significativa, a metodologia ativa de aprendizagem e aprendizagem por problemas, como mostrado no estudo, são os pressupostos pedagógicos basilares das autodenominadas metodologias inovadoras, as quais passam a ser sacralizadas como representantes do que seria mais avançado, moderno e politicamente responsável no campo da formação em saúde.

Partindo do pressuposto de que nem sempre aquilo que se denomina como novo é uma novidade, ou traz em si um progresso significativo em relação ao já estabelecido, juntamente como o estudo das origens teórico-metodológicas dos princípios pedagógicos recomendados, conclui-se que os princípios pedagógicos divulgados podem ser considerados inovações no contexto em que foram produzidos, por terem sido respostas dirigidas aos problemas enfrentados no campo da educação, principalmente, no início do século passado e, que tinham como questão central a educação básica, notadamente a educação de crianças. No entanto, na atualidade tais pressupostos são ressignificados/atualizados, perdendo seu sentido originário.

Os princípios pedagógicos divulgados como inovadores e modernos pelos programas atuais de reorientação da formação em saúde retomam o pressuposto do movimento renovador da escola, que surgiu no início do século XX, nos países centrais, fundamentalmente Europa e Estados Unidos, o qual entendia que o aluno deveria ser o centro do processo de ensino-aprendizagem; os métodos de aprendizagem deveriam ser ativos e criativos, fixados no interesse do aluno; sendo a aprendizagem uma atividade significativa e de descoberta, tendo a não diretividade pedagógica como elemento balizador das práticas educativas.

A não diretividade pedagógica foi apresentada pelo movimento renovador como a possibilidade máxima da realização da democracia nas relações pedagógicas, ao defender a ideia de que toda relação professor-aluno é uma relação autoritária e que a transmissão do conhecimento, função histórica do professor, inviabilizaria a realização pessoal do aluno. Tais argumentos ainda são utilizados, principalmente na divulgação das metodologias ativas em saúde. É imprescindível destacar que tal concepção restringe o papel da escola, a qual deve assegurar a relação pedagógica a fim de que os objetivos e os conteúdos, não dominados totalmente pelos alunos, sejam assimilados e possibilitem ao aluno elaborar e elucidar os problemas do cotidiano.

Nos últimos anos, as instituições de ensino superior e as pessoas envolvidas com a formação em saúde, na intenção de mudar e melhorar os processos formativos, considerando a propagandeada positividade que a adesão a esses referenciais trariam à formação, tornaram-se os divulgadores da proposta. Ao terem projetos contemplados nos editais, portanto, ao receberem incentivo financeiro, passaram a fazer parte de um grupo de IES ou de professores considerados, na área da formação, como os mais progressistas e avançados. Em contrapartida, as escolas que não tiveram seus projetos pedagógicos contemplados nos editais ou que, por opção teórico-metodológica, não adotaram os pressupostos divulgados como inovadores passaram a ser taxadas de tradicionais, atrasadas e retrógradas.

No campo da formação em saúde, o conceito de tradicional acabou sendo amplamente divulgado como adjetivo do profissional ou da instituição que não aderiu à lógica dos programas oficiais. Não falar, não escrever ou não defender as possíveis positivities das metodologias ativas, da aprendizagem significativa, do professor facilitador, da aprendizagem por problema é quase um delito na área.

Quanto à produção e divulgação de trabalhos acadêmicos, a mesma postura tem sido vivenciada. A difusão de trabalhos que apontem para uma reflexão acerca dos limites que tais pressupostos possam trazer à formação em saúde tem pouca aceitação pelos conselhos editoriais dos periódicos e eventos afetos à área. O debate, também no nível acadêmico, não tem tido espaço. A postura que propõe uma análise dos elementos contraditórios parece não ser academicamente aceitável e a apresentação de posições diferentes daquelas propagandeadas como necessários parece não ser “saudável” no campo da formação em saúde.

A contestação intelectual, a controvérsia são elementos importantes para o avanço das produções científicas, contudo, só haverá polêmica quando as discussões ganharem espaço público, quando forem socializadas, colocadas à disposição da comunidade acadêmica, ao contrário, os eventos e as revistas científicas divulgarão versões puramente ideológicas de determinados temas.

Os dados apresentados ajudam a entender o processo atual de pulverização dos princípios das metodologias ativas na área da formação em saúde, os quais são adotados sem muita resistência. A não compreensão das origens teórico-metodológicas dos pressupostos pedagógicos divulgados pelos programas oficiais pode levar à mera reprodução dos conceitos ou a adesão apenas instrumental. Há uma tendência presente na formação profissional em saúde, que tem produzido certa confusão teórica, a qual trata concepções/conceitos diferentes como semelhantes. O não exame dos fundamentos teóricos de dada opção metodológica pode levar a uma prática formativa ingênua, inconsequente e imprecisa, que sem uma direção definida poderá inviabilizar o objetivo central do ato educativo.

Um dos exemplos da referida confusão teórica está nos textos oficiais dos programas de reorientação da formação, os quais indicam que o método do educador Paulo Freire poderia ser utilizado no ensino superior, na formação de profissionais da área da saúde, sob o argumento de que tal nível de ensino trabalha com a educação de adultos. É necessário reconhecer a importância que a produção teórica do educador trouxe para a educação de forma geral, mas também é fundamental entender que o objetivo central da produção de Paulo

Freire foi organizar um método de ensino para adultos analfabetos e não para o ensino formal ou superior.

Outra imprecisão teórica é a apresentação da compatibilidade teórica dos princípios da aprendizagem por problemas, que têm sua base teórica nas produções de Dewey e a aprendizagem significativa conceito produzido por Rogers. Apesar de ambos os autores se contraporem aos métodos da pedagogia tradicional e se filiarem ao movimento renovador da escola, há uma distinção entre suas propostas. Dewey entendia que a experiência do aluno deveria nortear as atividades geradoras de problemas e esses, por sua vez, deveriam estimular os alunos para a busca de conhecimentos, portanto, para a aprendizagem. Para Rogers a aprendizagem teria sentido somente se fosse autodescoberta, que tivesse relação imediata com os interesses e objetivos pessoais do aluno.

Diante do exposto, fica claro que há uma tarefa posta para os intelectuais da educação, qual seja, a de insistir na defesa de uma análise cuidadosa, amparada em teorias mais abrangentes e fundamentadas do processo de ensino-aprendizagem; a de advertir que é fundamental o entendimento dos pressupostos e dos princípios pedagógicos ao adotar-se determinado referencial e a de identificar possíveis consequências pedagógicas e políticas de determinada postura metodológica.

Poucas vezes, na área da saúde, são identificadas no sentido de fazer uma reflexão mais radical das propostas formativas. Apesar disso, Campos (2006), ao analisar a política de Educação Permanente em Saúde, apontou o que denominou de elementos regressivos nos pressupostos que direcionam a área, dentre eles destacou que as propostas mais atuais desvalorizam e descuidam dos espaços formais em que ocorre a formação em saúde:

Não enxergam utilidade em cursos, tampouco redefinem o papel dos professores, ficam inventando umas bobagens simplificadoras de “facilitador”, “ativador” etc, supondo que esses auxiliares substituem o papel do professor, ou a importância do conhecimento sistematizado em livros, etc [...] pensam que os médicos seriam formados apenas com noções sobre ética, política e quejandos, e se esquecem da importância do que denomino núcleo de conhecimentos e de responsabilidades que constituem a identidade de cada profissão ou especialidade (CAMPOS, 2006, p. 53).

A avaliação das atuais propostas oficiais, do desenvolvimento dos projetos, de suas fragilidades e seus limites, pouco tem sido divulgada. Se, por um lado, há inúmeros documentos propalando as positivities dos programas indutores de mudança na formação em saúde, por outro, quase nada tem sido publicado/publicizado sobre a avaliação referenciada dos mesmos.

Os poucos resultados divulgados são aqueles produzidos por quem desenvolve os projetos, seja pelas comissões assessoras de acompanhamento dos Ministérios da Saúde e Educação, ou pelas comissões gestoras das instituições que recebem incentivo financeiro para produzir as ações prescritas nas políticas formativas, fato que pode limitar as ponderações sobre as reais positivities dos projetos e programas.

O desenvolvimento de um processo de avaliação do desenvolvimento dos projetos voltados à reorientação da formação em saúde é necessário, pois é importante dimensionar a distância entre o que o discurso e as políticas de financiamento apregoam e o que ocorre na prática formativa, bem como as positivities e fragilidades dos pressupostos pedagógicos considerados inovadores, que foram transformados em condicionalidades para as IES serem contempladas com recursos financeiros.

Se a hipótese inicial era de que as metodologias ativas, que têm por fundamento os pressupostos pedagógicos ativos e não diretivos, divulgadas pelo Ministério da Saúde como inovação no campo da formação em saúde, não se constituem em uma novidade educacional, os dados aqui discutidos permitem, além de confirmá-la, avançar em direção às origens desse processo. Como demonstrado, torna-se explícito que no campo da saúde também não é uma novidade tal proposição; pois esta tem sido fortemente ancorada por um dos movimentos considerados mais politizados e progressistas na área, a Medicina Preventiva, que, desde o século passado, tem defendido a necessidade de mudança, de readequação curricular e da incorporação de metodologias ativas na formação em saúde. Tal constatação ajuda a entender porque o movimento de mudança da formação em saúde, por meio da adesão aos pressupostos pedagógicos ativos/inovadores, ganhou o *status* de proposta formativa “mais crítica e progressista” que a saúde produziu.

Ao chegar à fase conclusiva do presente estudo é preciso registrar que a reflexão desenvolvida, sem a pretensão de que tenha esgotado a questão, pode de alguma maneira colaborar como mais um elemento para gerar o debate acerca da formação profissional em saúde. As fragilidades do estudo também poderão ser objetos de discussão e crítica, esperando-se, apesar disso, que permitam outras reflexões e novas sínteses.

O maior reconhecimento do trabalho será o possível debate e diálogo com aqueles profissionais que se dedicam à temática e, igualmente, com aqueles que, por condições diversas, estão encaminhando as novas propostas de formação.

REFERÊNCIAS

ABREU, Regina. A trajetória de Sérgio Arouca e a Moderna Reforma Sanitária brasileira. In: ABREU, Regina; FRANCO NETTO, Guilherme (coord). **Memória e patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca**. [Relatório final de pesquisa], Rio e Janeiro: UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/atrajectoria.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/03.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

ALMEIDA; Maria Cecília Puntel; ROCHA, Seminamis Melani. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____ (org). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15-26.

ALMEIDA, Márcio José. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Rev.bras. educa. med.** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 42-52, 2001. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2001/Volume25%202/educacao_medica.pdf>. Acesso em: 15 set. 2011.

_____. **Educação médica e saúde: possibilidade de mudança**. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

_____.; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel (Orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL 1999a.

_____.; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel. Construindo inovações no processo de formação profissional. In: _____.(Orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 2: As vozes dos protagonistas. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL 1999b. p. 217

ALTMAN, Breno. **Adeus a um comunista**. Site Oboré: Projetos Especiais em comunicações e artes, 2001. Disponível em: <http://www.obore.com/memorial/david_capistrano.html>. Acesso em: 04 mar. 2013.

ARANHA, Maria Lúcia Arruda. **História da educação e da pedagogia**: geral e do Brasil. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1975.

ARAÚJO, Rodolfo. **Fundação Kellogg**: oito décadas de uma trajetória a favor das crianças. Boletim Comatitudo. Disponível em: <<http://comatitudo.com.br/2011/06/09/fundacao-kellogg-oito-decadas-de-uma-trajetoria-a-favor-das-criancas/>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

AUSUBEL, David Paul. **A adquisición y retención del conocimiento**: Uma perspectiva cognitivista. Barcelona: Ed. Paidós, 2002.

_____.; NOVAK, Joseph D; HANESIAN, Helen. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti. **A Rede UNIDA e o movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, 2006.

BARROS, Elizabeth. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho. **Ciênc. saúde coletiva** [online], São Paulo, v. 6, n. 2, p. 307-310. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7004.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

BARROS, Nelson Felice; LOURENÇO, Lídia C. de Almeida. O ensino da saúde coletiva no método de aprendizagem baseado em problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Rev. bras. educ. med.** [online], Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 136-146. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/03.pdf>> Acesso 10 mar. 2012.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Rev. Diálogo Educ**, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 103-120, jan./abr. 2012.

_____.; GAMBOA, Sívio Ancizar Sánchez. A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Rev. Filosofia e Educação** [online],

Campinas, v.3, n. 2, p. 264-287. mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/rfe/article/view/2363/2635>>. Acesso em: 17 agos. 2012.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic., Saúde, Educ** [online], Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. Metodologia da Problematização: uma alternativa apropriada para o ensino superior. **Semina – Ci. Soc.Hum**, Londrina, v. 6, n. 2, Ed. Especial, p. 9-19. out. 1995. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/9458/8240>>. Acesso em: 05 abr. 2012.

BERLINGUER, Giovanni. Um reforma para a saúde: por um serviço de saúde nacional análise e proposta. In: BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

_____.; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>. Acesso em: 10 mar.2012.

BOLETIM DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Edição Especial. **O Relatório Flexner e o ensino de Graduação em Medicina**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, v. 6, n. 6, dez. 2010. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/boletins/pdfs/Boletim_dezembroV2.pdf>. Acesso em 20 fev. 2012.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

BORDENAVE, Juan Díaz. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. **Capacitação Pedagógica para instrutor/supervisor**. Área da Saúde. Brasília, 1989, p. 261-268. Disponível em: <www.virtual.UFC.br/cursouca/modulo_3.GRANDI,1983.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2012.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato. (org). **Pierre Bourdieu: Sociologia**, São Paulo: Editora Ática, 1983. p. 122-155.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2003d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 20 julh. 2012.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-378. 2002j. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10503.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. PROMED: lançado programa para mudar currículo de medicina. **Informesaúde**, Brasília, ano VI, n. 158, abr. 2002l. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe158.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRIDGE, Edward Mervin. **Pedagogia médica**. Washington, D.C: Publicación Científica da Organización Panamericana de la Salud. n° 122; 1965. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40187.pdf>>. Acesso em: 12 de abr. 2012.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II – Descentralização da gestão da Saúde. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

CAMBI, Franco. **História da pedagogia**. Tradução: Álvaro Lorencini. São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Políticas de formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde: 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n.1, 2006, p. 52-56.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; CECCIM, Ricardo Burg. A formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. et al (Org). **O tratado de saúde coletiva**. São Paulo e Rio de Janeiro : Hucitec: Fiocruz, 2006, p. 137-170.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CASTRO, Antonio Carlos. et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 18, n. 2, p. 123-131. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ** [online], Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CHARLOT, Bernard. A escola e o trabalho dos alunos. **Sísifo – Revista de Ciências da Educação**, Lisboa, n. 10, p. 89-96 set/dez 2009. Disponível em: <<http://sisifo.fpce.ul.pt>>. Acesso em: 10 set. 2012.

CHÂTEAU, Jean. **Os grandes pedagogistas**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1978.

CHAVES, Mário; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; TANCREDI, Francisco. Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta. In ALMEIDA, Marcio José; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel (Orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 165-183.

_____.; KISIL, Marcos. Origens, Concepções e Desenvolvimento. In: ALMEIDA, Marcio José; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel (Orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL 1999. p. 1-16.

CHAVES, Mário. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 5-9, ago.1994.

_____.; KISIL, Marcos. Conceituação dos projetos UNI. In: CHAVES, Mário; KISIL, Marcos (Orgs). **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994. p. 15-23.

_____.; ROSA, Alice Reis. **Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez, 1990.

CHOSSUDOVSKY, Michael. **Globalização da pobreza: impacto das reformas do FMI e Banco Mundial**. São Paulo: Moderna, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **III Fórum Nacional de Ensino: Provas - análises e propostas**. Brasília: 2012. Disponível em: <http://www.eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21029&Itemid=515>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CONTERNO, Solange de Fátima Reis; RODRIGUES, Rosa Maria. Formação dos profissionais da saúde pública: perspectivas pedagógicas. In: CÊA, Geórgia Sobreira dos Santos (org). **Trabalho, educação e saúde: formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública**. Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2012, v. 1. p. 139-174.

_____. **O Banco Mundial e a atualização da retórica da satisfação das necessidades humanas básicas expressas nas áreas de educação e saúde nos anos de 1990**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Paraná.

CORREIA, Ádon Bicalho Maia. **Giovanni Berlinguer: um especialista em pulgas**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em comunicação social com habilitação em audiovisual) – Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/3694/1/2011_AdonBicalhoMaiaCorreia.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

COUSINET, Roger. **A formação do educador e a pedagogia da aprendizagem**. Trad. Luiz Damasco Penna e J. B Penna São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1974.

_____. **A Educação Nova**. Trad. Luiz Damasco Penna e J. B Penna. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1959.

CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade temporã: da colônia à era de Vargas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora civilização brasileira, 1986.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Ideologia e educação brasileira: católicos e liberais**. 2 ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1984.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; DELIZOICOV, Demétrio. Caracterizando a escola médica brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis. v. 32, n. 4, p. 24-34, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2012.

DEWEY, John. **Democracia e Educação**. Trad. Anísio Teixeira. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979a.

_____. **Experiência e educação**. Trad. Anísio Teixeira. 3 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979b.

_____. **Vida e educação**. Trad. Anísio Teixeira. 10 ed. São Paulo: Melhoramentos. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, 1978.

DUARTE, Newton. **Vigotski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 2. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2001a.

_____. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 35-40 set./dez. 2001b.

EBY, Frederick. **História da educação moderna**: teoria, organização e práticas educacionais. 2 ed. Porto Alegre: Globo; Brasília: INL, 1976.

EDLER, Flávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes. Tendências da educação médica nas décadas de 1950-1960. **Cadernos da ABEM** [online], Rio de Janeiro, v. 2, p. 23-24, jun. 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/tendencias_educacao_medica.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade. et al (orgs). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. et al. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, Elisângela. David Ausubel e a aprendizagem significativa. **Rev. Nova Escola**. Edição 248, dezembro 2011.

FERREIRA, José Roberto. A formação do médico generalista: contextualização histórica. **Cadernos da ABEM** [online], Rio de Janeiro, v. 2, p. 41-45. jun. 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/medico_generalista.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O movimento mundial de educação médica: As Conferências de Edinburgh. Rio de Janeiro: **Cadernos ABEM** [online], Rio de Janeiro, v. 2, p. 30-38, 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/movimento_mundial.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____.; LIMA, Valeria Vernasci. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**. Brasília, 2002, p. 169-178.

_____.; SENA, Roseni Rosangela. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface** [online], Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-49, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/04.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

_____. et al. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 9-17. dez. 2000.

_____.; KALIL, Maria Eunice; BADUY, Rossana. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 49-62. dez. 2000.

_____.; SENA, Roseni Rosangela. A contribuição de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, Marcio José; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel (Orgs). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, p. 47-82.

_____. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**. Um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 4ªed. São Paulo: Cortez, 1993.

FUNDAÇÃO KELLOGG. **Nossa história**. Disponível em: <<http://www.wkkf.org>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

GADOTTI, Moacir. **História das idéias pedagógicas**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

GALLO, Edmundo. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. **Cadernos FUNDAP** - Fundação para o Desenvolvimento Administrativo, São Paulo: FUNDAP, n. 19, p. 131-152. jan./abril.1996.

SCHOELLER, Soraia Dornelles. Processo de Trabalho e organização trabalhista. In. GEOVANINI, Telma. et. al. **História da enfermagem: Versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005, p. 129-248.

GIL, Antonio Carlos. **Didática do ensino superior**. 1 ed. 2 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

GOMES, Romeu; et. al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. educ. med.** [online], Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 433-440. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/14.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2012

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere: os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 2 v.

HADDAD, Ana Estela. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 1. supl.1, p. 03-04, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a01.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: um busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade. et al (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IANNI, Octavio. **Imperialismo e cultura**. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

_____. **Imperialismo na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

KEMP, Amy; EDLER, Flavio Coelho. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 569-585, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n3/02.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2012.

KISIL, Marcos; CHAVES, Mario. Introdução ao programa UNI. In: _____ (Orgs). **Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Battle Creeck: Fundação Kellogg, 1994. p. 1-11.

KISIL, Marcos. A Fundação W. K. Kellogg e o desenvolvimento da enfermagem na América Latina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 37-42, jan.1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a05.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução: Célia Neves e Alderico Toríbio, 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LAURELL, Asa Cristina (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LEHER, Roberto. **Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização: a educação como estratégia do Banco Mundial para o alívio da pobreza**. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, SP, 1998.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva** [online], São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2012.

LIBÂNEO, José Carlos. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 18. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LICHTENSZTEJN, Samuael; BAER, Monica. **Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial: estratégias políticas do poder financeiro**. Tradução: Nathan Giraldi. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LIMA, Josiane Vivian Camargo. et al. A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010.

LOPES, Eliane Marta Teixeira. O escolanovismo: revisão crítica. In: MELLO, Guiomar Namó. **Escola Nova, Tecnicismo e Educação compensatória**. São Paulo: Edições Loyola, 1984.

LOURENÇO FILHO. Manuel Bergdtröm. **Introdução ao estudo da escola nova: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea**. 12 ed. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, 1978.

LÖWY, Michael. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e o positivismo na sociologia do conhecimento**. Tradução: Juarez Guimarães e Suzanne Felicie. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

LUCKESI, Carlos Cipriano. **Filosofia da educação**. São Paulo. Cortez, 1990.

LUZURIAGA, Lorenzo. **História da educação e da pedagogia**. 19 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

MANACORDA, Mario Alighiero. **Marx e a Pedagogia Moderna**. São Paulo: Cortez – Autores Associados, 1991.

_____. **História da Educação: da Antiguidade aos nossos dias**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.18, suppl., p. 163 – 171, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

MARX, Karl;. Manuscritos econômico-filosóficos. Tradução de José Carlos Bruni. 2. ed. In: _____. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p.1-48.

_____.ENGELS, Friedrich. Feuerbach: oposição entre a concepção materialista e idealista. In: _____. **A ideologia Alemã**. Crítica da filosofia alemã mais recente. 14. ed. Tradução: Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Lisboa: Editorial Presença: São Paulo: Martins Fontes, 1980, p. 7-120.

MATTOS, Maria Cristina Iwama de. Ensino médico: o que sabemos? **Interface –Comunic., Saúde, Educa.**[online], Botucatu, v. 1, n. 1, p. 193-196, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/16.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7009.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MCNAMARA, Robert. Equidad social y crecimiento econômico. **El mercado de valores**. Ciudad de México, año XXXII, n. 41, p. 1064-1072, 9 oct., 1972.

MELO, Marcelo Mário. **David Capistrano Filho**: saga e sonhos da juventude. Site Oboré: Projetos Especiais em comunicações e artes, 2001. Disponível em: <http://www.obore.com/memorial/david_capistrano.html>. Acesso em 04 mar. 2013.

MIRANDA, Ary Carvalho. Biografia de Sergio Arouca. In: AROUCA; Sergio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MIZUKAMI, Maria das Graças Nicoletti. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um estudo de Caso na Famema. **Rev Bras Educ Med.** [online], Rio de Janeiro. v. 30, n. 3, p. 125-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/02.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MOREIRA, Marco Antonio. **Aprendizagem significativa**: a teoria e textos complementares. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2011.

_____. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. São Paulo: Centauro Editora, 2010.

_____. **A teoria da aprendizagem significativa: sua fundamentação e implementação.** Coimbra: Almedina, 2009.

MOREIRA, Marco Antonio; MASINI, Elcie A. **Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos.** 1. ed. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica, 2008.

_____; MASINI, Elcie A. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel.** 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006; MOREIRA, Marco Antonio. **A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula.** 1. ed. Brasília: Editora da UnB, 2006.

_____. et al. **Teoria da Aprendizagem Significativa: contributos do III encontro internacional sobre aprendizagem significativa.** Lisboa: Peniche, 2000.

NEILL, Alexander Sutherland. **Liberdade sem medo.** São Paulo: Ibrasa, 1976

NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. **A ajuda externa para a educação brasileira: da USAID ao Banco Mundial.** Cascavel: Edunioeste, 1999.

NORONHA, José Carvalho; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NUTES. **Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde.** Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.nutes.ufrj.br>> Acesso em: 10 mai 2012.

OLIVEIRA, Neilson Araujo. **Ensino Médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros.** 2007. Tese (Doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **História da Panaftosa.** OPAS-OMS, 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&task=view&id=144&Itemid=122>. Acesso em: 10 abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS-OMS: história institucional.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www2.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=885&Itemid=672>. Acesso em: 05 mai. 2012.

_____.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Oficina de trabalho: a avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde**. Salvador, 2003.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** [online], Rio de Janeiro. v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2012.

PATIÑO, José Félix. Abraham Flexner y el Flexnerismo: Fundamento Imperecedero de la educación médica moderna. **Revista de la Academia Nacional de Medicina de Colombia**, Bogotá, v. 20, n. 2. 1998. Disponível em:<<http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/flexner.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2012.

PAULO NETTO, José. Crise do Capital e consequências societárias. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012b.

_____. Capitalismo e barbárie contemporânea. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012a.

_____. Relendo a teoria marxista de história. In: SANFELICE, José Luiz; LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval (org). **História e História da Educação**. Campinas: Autores Associados, 2000, p. 50- 64.

PELIZZARI, Adriana. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev. PEC**. Curitiba, v. 2, n. 1, p. 37-42, jul. 2002.

PINTO, Elzimar Evangelista Peixoto. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 77-96, mar./jun. 2010.

PIRES-ALVES, Fernando Antonio. **A Cooperação interamericana em saúde na era do desenvolvimento**: informação científica e tecnologias educacionais na formação de recursos humanos (1963-1983). 2011. Tese (doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011.

_____. Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina – Bireme. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 899-908, mai./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/12.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; HOCHMAN, Gilberto. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 3 p. 819-829, mai./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/02.pdf>>. Acesso em: 10 mar.2012.

_____. PAIVA, Carlos Henrique. Recursos críticos: história da cooperação técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/tv/pdf/pires-8575411020.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

PRAIA, João Félix. Aprendizagem significativa em D. Ausubel: contributos para uma adequada visão da sua teoria e incidências no ensino. In: MOREIRA, Marcos Antonio. et al. **Teoria da Aprendizagem Significativa: contributos do III encontro internacional sobre aprendizagem significativa**. Lisboa: Peniche, 2000. p. 121-134.

RAILLON, Louis. **Roger Cousinet**. Trad. Marcela Lopes Gomes Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010 (Coleção Educadores). Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4667.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

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

_____. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do sistema único de saúde: fundamentos e contradições. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 153-173, 2009.

_____. Profissão. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 29, p. 15-16, jun. 2007.

RANGEL, Maria Ligia; VILASBÔAS, Ana Luzia. Rede UNIIDA: breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 15-19. jul. 1996.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; PRADO, Marta Lenise. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

REDE UNIDA. **Nossa história: textos, imagens e documentos sobre a trajetória da Rede Unida**, 2012. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

_____. Agenda estratégica da Rede Unida para 2002-2003: impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 9. n. 1, p. 86-93. jan./abr. 2002.

_____. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, n. 16, p. 11-35. abr./jun. 1998.

REGO, Tereza Cristina Rebolho. **A origem da singularidade do ser humano**: análise das hipóteses de educadores à luz da perspectiva de Vygotsky, 2005. [online]. disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br/a_origem_da_singularidade.asp>. Acesso em: 25 ago. 2012.

RENDAS; António; PINTO, Patrícia Rosado; GAMBOA, Teresa. O Método de Aprendizagem por Problemas (APP) aplicado ao ensino Médico: 1ª parte- Reflexões sobre o Método como uma Estratégia de Inovação. **Revista Educação Médica**, Porto, Portugal, v. 1 n. 8, p.17-35, 1997. Disponível em: <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/2742/1/Rendas%20APP%20parte%201.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2011.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. São Paulo, 2000. 266 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas.

RODRIGUES, Rosa Maria; CONTERNO, Solange de Fátima Reis. Referenciais teórico-metodológicos das reformas curriculares da enfermagem no Brasil: aproximações e divergências. In: 3º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2007, Cascavel. **Anais do 3º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Cascavel, 2007. v. 1.

_____. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil**: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

ROGERS, Carl Ransom. **Tornar-se pessoa**. Trad. Manuel José do Carmo Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

_____. **A Pessoa como centro**. São Paulo: EPU, Ed da Universidade de São Paulo, 1977.

_____. **Terapia Centrada no Cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

_____. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte, MG: Inter Livros de Minas Gerais, 1971.

ROSA, Alice Reis. O componente acadêmico e os Projetos UNI. In: KISIL, Marcos; CHAVES, Mario (Orgs) **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994. p. 25-36.

ROSEN, George. **Uma História da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade de São Paulo; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SALIBA, Nemre Adas. et al. **A utilização da metodologia PBL em Odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo ensino-aprendizagem**. Rev. odonto ciênc, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 392-396, 2008.

SANTANA, José Paranaguá; CAMPOS, Francisco Eduardo; SENA, Roseni Rosângela. Formação profissional em saúde: desafios para universidade. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima (Org). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. p. 233-244. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoi.ACF2114.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2012.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991a.

_____. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política. 25. ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991b.

_____. **História das idéias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

SGUISSARDI, Valdemar. Reforma universitária no Brasil – 1995-2006: Precária trajetória e incerto futuro. **Educ. Soc.** [online], Campinas, v. 27, n. 96 - Especial, p. 1021-1056, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a18v2796.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

SILVA, Maria Abádia. **Intervenção e consentimento**: a política educacional do Banco Mundial. São Paulo: Autores Associados; Fapesp, 2002.

SINGER, Paul. **Desenvolvimento e crise**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1968.

SNYDERS, Georges. **Para onde vão as pedagogias não-directivas?** 2. ed. Lisboa/Portugal: Moraes Editora, 1978.

SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho. CINAEM: Um pouco de sua história. **Cadernos ABEM** – Associação Brasileira de Educação Médica, São Paulo, v. 2, p. 54- 56, jun. 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/cinaem.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Promed - Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. **Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33; n. 6, p. 5, nov./dez. 2002. (Relatos de avaliadores do Promed).

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 2. ed, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 2. ed, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

JUNIOR TOLEDO, Antonio Carlos de Castro. et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n. 2, p. 123-131, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/11/12>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

TOMEY, Agustín Vicedo. Abraham Flexner: pionero de la Educación Médica. **Educ Med Super** [online]. Ciudad de la Habana, v. 16, n. 2, p. 156-163, abr./jun. 2002. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_2_02/edu10202.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

TSUJI, Hissachi; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo. Relato de experiência de um novo modelo curricular: aprendizagem baseada em problemas, implantada na unidade educacional do sistema endocrinológico na 2ª série do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília - Famema. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n.4, p. 535-543, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n4/a15v48n4.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2012

VALADARES, Jorge António. A teoria da aprendizagem significativa como teoria construtivista. **Aprendizagem Significativa em Revista/Meaningful Learning Review**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 36-57, abr. 2011. Disponível em: <http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID4/v1_n1_a2011.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

VIEIRA, Renata de Almeida. **Contribuições do posicionamento pedagógico de Georges Snyders para a abordagem do antipreconceito**. 2012. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR. 2012.

WATERKEMPER, Roberta; PRADO, Marta Lenise. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em Enfermagem. **Avances em Enfermaria**, Colômbia, v. 29, n. 2, p. 234-246, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a03.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

WEREBE, Maria. J. G. A educação. In: HOLLANDA, Sérgio Buarque de. **História Geral da civilização brasileira**. 6.ed. São Paulo: Difel, 1985. Tomo II. v. 4. p. 366-383.

XAVIER, Maria Elizabete; RIBEIRO, Maria Luisa; NORONHA, Olinda Maria. **História da educação: a escola no Brasil**. São Paulo: FTD, 1994 (coleção aprender & ensinar).

YOUNG, Michael F. D. O futuro da educação em uma sociedade do conhecimento: o argumento radical em defesa de um currículo centrado em disciplinas. **Rev. Bras. Educ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 48, p. 609-623, set/dez. 2011.

ZANOTTO, Maria Angélica do Carmo; DE ROSE, Tânia Maria Santana. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educ. Pesqui.** [online], São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n1/a04v29n1.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

DOCUMENTOS ANALISADOS

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 953, de 5 de maio de 2012**. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0953_15_05_2012.html>. Acesso em: 28 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 6, de 3 de abril de 2012**. Homologa o resultado do processo de seleção das propostas de instituições de educação que se candidataram para participação no programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde) articulado ao programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde). Brasília: 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0006_03_04_2012.html>. Acesso em: 23 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011**. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido ao município. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html>. Acesso em: 28 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PET-Saúde**: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília: 2011c. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011**. Convida as Instituições de Educação Superior a apresentar projetos do Pró-Saúde articulado ao Pet-Saúde. Brasília: 2011d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_24_completo_15dez11.pdf>. Acesso em: 04. Mar.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011f. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf>. Acesso em: 18 mar.2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: 2011g. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.377, de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família. Brasília: 2011h. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010a. Disponível em

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 04. mar. 2013

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA – SUS. Brasília: Presidência da República, 2010b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm>. Acesso em: 27. mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**. Cursos selecionados no Pró-Saúde II. Brasília: 2009b. Disponível em:

<www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2013.

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, 2007a.

_____. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html> Acesso em: 21 de jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. In: _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. Brasília, 2007d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1507_pet.pdf> Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde: 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n.1, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento3_CNGTES.pdf>. Acesso em: 05 junh. 2012.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, nº 212, seção 1, p. 11, 4 de nov. 2005. Brasília, 2005c.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/851453/dou-secao-1-04-11-2005-pg-111/pdfView>> Acesso em: 21 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 1 de 16 de novembro de 2005**. Seleção para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005d. Disponível em: <http://www.prosaude.org/legislacao/4-Edital_Pr%F3-Sa%FAde_%28Republicada%29_2.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 2.530, de 22 de dezembro de 2005**. Homologa o resultado do processo de seleção dos Cursos que se candidataram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Brasília, 2005e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2530.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.cmconsultoria.com.br/legislacao/resolucoes/2004/res_2004_0007_CNE_CES.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Psicologia**. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM/MS. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso: 12 jul. 2010.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 18 de fevereiro de 2003. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Veterinária**. Brasília,

2003a Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces012003.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de fevereiro de 2003. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina**. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces022003.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento. Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências**. Brasília, 2003c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_4726_2003_estrutura_ms.pdf>. Acesso em: 10 jun.2012.

_____.; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde /OPAS/OMS, 2002a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Brasília 2002d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**. Brasília, 2002e. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Brasília, 2002f. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 7, de 11 de março de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Ciências Biológicas**. Brasília, 2002g. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES07-2002.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março. 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Serviço Social**. Brasília, 2002h. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/1502ServSocial.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 610, de março de 2002. **Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília, 2002i. Disponível em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CE8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fsa.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Finformes%2FMS_MEC_Pinterministerial610_02_informes.doc&ei=i074T9qECenO2gXx05jeBg&usq=AFQjCNHECF1kPZcek5cMot-aJa8hCExyZw>. Acesso em: 02 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2126, de 25 de novembro de 2002. **Homologa o resultado do processo de seleção das escolas médicas e divulga a relação das instituições selecionadas no Promed**. Brasília, 2002k. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2126.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**. Brasília, 2002m.

_____. Presidência da República. **Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2002n. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm>. Acesso em :13 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina**. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. Brasília, 2001d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Parecer CNE/CES nº 492 de 03 de abril de 2001. **Recomendação pela aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia**. Brasília: 2001f. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Parecer CNE/CES nº 1.301 de 06 de novembro de 2001. **Recomendação pela aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Ciências Biológicas**, Brasília: 2001g. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1301.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 3.860**, de 09 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições. Brasília, 2001h. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2001/3860.htm>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Nº 2.253**, de 18 de outubro de 2001. Introdução, na organização curricular dos cursos superiores, de disciplina não presencial. Brasília, 2001i. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/pdi/p2253.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

_____. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer Nº 583**, de 04 de abril de 2001. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília,

2001j. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno. **Resolução CNE/CP Nº 1**, de 30 de setembro de 1999 - Dispõe sobre os Institutos Superiores de Educação. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/diretrizes_p0209-0214_c.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 3.189/1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, 1999b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>. Acesso em 17 abr. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287**, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior. Brasília, 1998a. Disponível em http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 2.494**, de 10 de fevereiro de 1998. Regulamenta o Art. 80 da Lei Nº 9.394. Brasília, 1998c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/D2494.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Parecer Nº 776**, de 03 de dezembro de 1997. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Edital Nº 4**, de 10 de dezembro de 1997. Convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. Brasília, 1997b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Secretaria de Educação **Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução**. Brasília: MEC/SEF, 1997c.

_____. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Câmara da reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e reforma

do Estado, 1995. Disponível em:

<<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

BRASIL. **Lei Federal Nº 9394, de 29 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Casa Civil, 1996. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 05 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos Rh Saúde – II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n.1, julho de 1994. Disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos RH saúde - A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde**: 1941-1992. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n. 1, novembro de 1993a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv1n1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: Relatório final, agosto de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2001.pdf>. Acesso em: 10 mai de 2012.

_____. **Lei Federal Nº 8080, 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, 1990a. Disponível em

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

_____. **Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília 1990b. Disponível em:

Brasília 1990b. Disponível em:

<http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/lei_federal_8142_28_12_1990.pdf>. Acesso em: 03 de jul. 2012.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 10 fev.2012

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Cultura, Organização Pan-Americana da Saúde. **Programa de Trabalho do PPREPS**: Programa de Preparação Estratégica de

Pessoal de Saúde, Brasília, 1976. Disponível em:

<<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/PPREPS.pdf>>.

Acesso em: 10 abr. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos Humanos para as atividades de Saúde**. Rio de Janeiro, 1967. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Panorama Social da América Latina 2012**. Documento Informativo. Publicação das Nações Unidas. Disponível em: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/48452/PanoramaSocial2012DocIPOR.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

_____. **Panorama Social de América Latina y el Caribe en 2002-2003**. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. Disponível em:

<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/21541/capitulo2.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução nº 34 de 19 de fevereiro de 1990. **Institui o exame do CREMESP, de forma facultativa, a todos os formandos que requeram inscrição**. São Paulo, 1990. Disponível em: <www.cremesp.org.library/modulos/legislacao/versao-impressao.php?id=3169>. Acesso em: 15 de jul. 2012.

DELORS, Jacques. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. 3. ed. São Paulo: Cortez/Brasília: MEC: UNESCO, 1999.

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching**. New York: Carnegie Foundation 1910. Disponível em:

<http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

FUNDAÇÃO KELLOGG. **Carta convite dos Projetos UNI às instituições de Ensino Superior**. Fev. 1991a. Disponível em:

<www.ccs.uel.br/prouni/docs/BRASIL/LONDRINA/BR_LD_GES_06.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

_____. **Primeiro Seminário do Programa UNI**. Rio de Janeiro: Nova Friburgo, 25-29 de agosto de 1991b. Disponível em:

<http://www.ccs.uel.br/prouni/docs/Programa%20Uni/PRO_UNI_PRO_05.pdf>. Acesso em: 10 mai de 2012.

FUNDACÃO KELLOGG. **Para o povo da América Latina**. Battle Creek, 1986.

OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. **Seminarios sobre la enseñanza de medicina preventiva**. Washington D.C. Publicações Científicas nº 28. Mar. 1957. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40174.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde. OMS; UNICEF, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**, 2005. OPAS/OMS. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 27 jul. 2012.

_____.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Oficina de trabalho: a avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde**. Salvador, 2003.

_____. Recomendações da II Conferência Mundial de Educação Médica. In: SANTANA, José Paranaguá; ALMEIDA, Márcio José de. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n. 7, p. 17-32, 1994. Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/cgqem_recomenda.pdf. Acesso em: 10 abr. 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Declaracion de Edimburgo**. OPAS/OMS: Washington, D.C. Septiembre-octubre, 1988. Disponível em: hist.library.paho.org/spanish/GOV/CD/25066.pdf. Acesso em: 12 dez. 2010.

_____. **Evaluacion de los Centro Panamericanos. Centro Latinoamericano de Tecnologia Educacional para la Salud (CLATES)**. Washington, D.C., 1983. Disponível em: http://hist.library.paho.org/spanish/GOV/CE/CE90_18.pdf. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. **Evaluación de los centros panamericanos** [Apresentado em la XXIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud]. Washington, D.C., 1979. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/26182.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. **II Plan Decenal de Salud para las Americas**: Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPAS/OMS: Washington, D.C. Enero, 1973. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso**, 1961. Virtual Library of inter-american peace initiatives. Organization of American States, 1961. Disponível em: <<http://www.oas.org/sap/peacefund/VirtualLibrary/AllianceforProgress/AppendedResolutionsSp.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

_____. Primer Congreso Panamericano de Educación Médica. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP), v. 32, n.1, p. 35-36, ene. 1952. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v32n1p35.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

REDE UNIDA. Uma contribuição das Universidades Públicas do Rio de Janeiro aos debates da IX Conferência Nacional de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 23-27. mai. 1991.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre educação superior no século XXI: Visão e ação**. Trad. Amós Nascimento. Piracicaba: Editora da UNIMEP, 1998.

APÊNDICE A Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde que possuem semelhanças entre os perfis dos egressos e competências e habilidades gerais idênticas

GRADUAÇÕES	PERFIL DO EGRESSO	COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS
<p>Biomedicina Resolução CNE/CES nº 2 de 18/02/03</p>	<p>Art. 3º O curso de graduação em Biomedicina tem como perfil do formando egresso/profissional o: Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes às análises clínicas, citologia oncótica, análises hematológicas, análises moleculares, produção e análise de bioderivados, análises bromatológicas, análises ambientais, bioengenharia e análise por imagem, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade;</p> <p>II - Biomédico com Licenciatura em Biomedicina capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em Biomedicina.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os</p>

		<p>profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.</p>
<p style="text-align: center;">Enfermagem Resolução CNE/CES nº 3 de 07/11/01</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:</p> <p>I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e</p> <p>II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho,</p>

		<p>de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.</p>
<p align="center">Farmácia</p> <p>Resolução CNE/CES nº 2 de 19/02/02</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar</p>

	<p>intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade</p>	<p>que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua</p>
--	---	--

		<p>prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p style="text-align: center;">Fisioterapia Resolução CNE/CES nº4 de 19/02/02</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de</p>

		<p>liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p>Fonoaudiologia Resolução CNE/CES nº 5 de 19/02/02</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. Possui formação ético- filosófica, de natureza epistemológica, e ético-política em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de</p>

		<p>práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p align="center">Medicina</p> <p align="center">Resolução CNE/CES nº 4 de</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção,</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as</p>

07/11/01	prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.	<p>demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a</p>
----------	---	---

		<p>aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p>Medicina Veterinária Resolução CNE/CES nº 1 de 18/02/03</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina Veterinária tem como perfil do formando egresso/profissional o Médico Veterinário, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a compreender e traduzir as necessidades de indivíduos, grupos sociais e comunidades, com relação às atividades inerentes ao exercício profissional, no âmbito de seus campos específicos de atuação em saúde animal e clínica veterinária; saneamento ambiental e medicina veterinária preventiva, saúde pública e inspeção e tecnologia de produtos de origem animal; zootecnia, produção e reprodução animal e ecologia e proteção ao meio ambiente. Ter conhecimento dos fatos sociais, culturais e políticos da economia e da administração agropecuária e agroindustrial. Capacidade de raciocínio lógico, de observação, de interpretação e de análise de dados e informações, bem como dos conhecimentos essenciais de Medicina Veterinária, para identificação e resolução de problemas.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A</p>

		<p>liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p align="center">Nutrição</p> <p align="center">Resolução CNE/CES nº 5 de 07/11/01</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do formando egresso/profissional o:</p> <p>I - Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural;</p> <p>II - Nutricionista com Licenciatura em Nutrição capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Nutrição.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e</p>

		<p>habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p align="center">Odontologia Resolução CNE/CES nº 3 de 19/02/02</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar</p>

	<p>na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.</p>	<p>criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação</p>
--	---	---

		e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais
<p style="text-align: center;">Psicologia Resolução CNE/CES nº 8 de 07/05/04</p>	<p>Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:</p> <p>a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia;</p> <p>b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais;</p> <p>c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico;</p> <p>d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão;</p> <p>e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades;</p> <p>f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia;</p> <p>g) Aprimoramento e capacitação contínuos.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia,</p>

		<p>habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
<p>Terapia Ocupacional Resolução CNE/CES nº 6 de 19/02/02</p>	<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como perfil do formando egresso/profissional o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.</p>	<p>I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;</p> <p>II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais</p>

		<p>adequadas, baseadas em evidências científicas;</p> <p>III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;</p> <p>IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;</p> <p>V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;</p> <p>VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais</p>
--	--	--

Fonte: Resoluções e Pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara do Ensino Superior (CES) que divulgaram as Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em saúde.

APÊNDICE B Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em Saúde que possuem perfis dos egressos e competências e habilidades gerais distintas

GRADUAÇÕES	PERFIL DO EGRESSO	COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS
<p>Ciências Biológicas</p> <p>Parecer CNE/CES nº 1.301 de 06/11/01</p> <p>Resolução CNE/CES nº 7 de 11/03/02</p>	<p>1. PERFIL DOS FORMANDOS</p> <p>O Bacharel em Ciências Biológicas deverá ser:</p> <p>a) generalista, crítico, ético, e cidadão com espírito de solidariedade;</p> <p>b) detentor de adequada fundamentação teórica, como base para uma ação competente, que inclua o conhecimento profundo da diversidade dos seres vivos, bem como sua organização e funcionamento em diferentes níveis, suas relações filogenéticas e evolutivas, suas respectivas distribuições e relações com o meio em que vivem;</p> <p>c) consciente da necessidade de atuar com qualidade e responsabilidade em prol da conservação e manejo da biodiversidade, políticas de saúde, meio ambiente, biotecnologia, bioprospecção, biossegurança, na gestão ambiental, tanto nos aspectos técnicos-científicos, quanto na formulação de políticas, e de se tornar agente transformador da realidade presente, na busca de melhoria da qualidade de vida;</p> <p>d) comprometido com os resultados de sua atuação, pautando sua conduta profissional por critério humanísticos, compromisso com a cidadania e rigor científico, bem como por referenciais éticos legais;</p> <p>e) consciente de sua responsabilidade como educador, nos vários contextos de atuação profissional;</p> <p>f) apto a atuar multi e interdisciplinarmente, adaptável à dinâmica do mercado de trabalho e às situações de mudança contínua do mesmo;</p> <p>g) preparado para desenvolver idéias inovadoras</p>	<p>a) Pautar-se por princípios da ética democrática: responsabilidade social e ambiental, dignidade humana, direito à vida, justiça, respeito mútuo, participação, responsabilidade, diálogo e solidariedade;</p> <p>b) Reconhecer formas de discriminação racial, social, de gênero, etc. que se fundem inclusive em alegados pressupostos biológicos, posicionando-se diante delas de forma crítica, com respaldo em pressupostos epistemológicos coerentes e na bibliografia de referência;</p> <p>c) Atuar em pesquisa básica e aplicada nas diferentes áreas das Ciências Biológicas, comprometendo-se com a divulgação dos resultados das pesquisas em veículos adequados para ampliar a difusão e ampliação do conhecimento;</p> <p>d) Portar-se como educador, consciente de seu papel na formação de cidadãos, inclusive na perspectiva sócio-ambiental; e) utilizar o conhecimento sobre organização, gestão e financiamento da pesquisa e sobre a legislação e políticas públicas referentes à área;</p> <p>f) Entender o processo histórico de produção do conhecimento das ciências biológicas referente a conceitos/princípios/teorias;</p> <p>g) Estabelecer relações entre ciência, tecnologia e sociedade;</p> <p>h) Aplicar a metodologia científica para o planejamento, gerenciamento e execução de processos e técnicas visando o desenvolvimento de projetos, perícias, consultorias, emissão de laudos, pareceres etc. em diferentes contextos;</p> <p>i) Utilizar os conhecimentos das ciências biológicas para compreender e transformar o contexto sócio-político e as relações nas quais está inserida a prática profissional, conhecendo a legislação pertinente;</p>

		<p>j) desenvolver ações estratégicas capazes de ampliar e aperfeiçoar as formas de atuação profissional, preparando-se para a inserção no mercado de trabalho em contínua transformação;</p> <p>k) Orientar escolhas e decisões em valores e pressupostos metodológicos alinhados com a democracia, com o respeito à diversidade étnica e cultural, às culturas autóctones e à biodiversidade;</p> <p>l) atuar multi e interdisciplinarmente, interagindo com diferentes especialidades e diversos profissionais, de modo a estar preparado a contínua mudança do mundo produtivo;</p> <p>m) avaliar o impacto potencial ou real de novos conhecimentos/tecnologias/serviços e produtos resultantes da atividade profissional, considerando os aspectos éticos, sociais e epistemológicos;</p> <p>n) comprometer-se com o desenvolvimento profissional constante, assumindo uma postura de flexibilidade e disponibilidade para mudanças contínuas, esclarecido quanto às opções sindicais e corporativas inerentes ao exercício profissional.</p>
<p align="center">Educação Física Resolução CNE/CES nº 7 de 31/03/04</p>	<p>Art. 4º - O curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na conduta ética.</p> <p>Parágrafo 1º - O graduado em Educação Física deverá estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano, visando a formação, a ampliação e o enriquecimento cultural das pessoas, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.</p> <p>Parágrafo 2º - O Professor da Educação Básica, licenciatura plena em Educação Física, deverá estar qualificado para a docência deste componente curricular na educação básica, tendo como referência a legislação própria do Conselho Nacional de Educação, bem como as orientações específicas para esta formação tratadas nesta Resolução.</p>	<p>Art. 6º - As competências de natureza político-social, ético moral, técnico-profissional e científica deverão constituir a concepção nuclear do projeto pedagógico de formação do Graduado em Educação Física.</p> <p>Parágrafo 1º - A formação do graduado em Educação Física deverá ser concebida, planejada, operacionalizada e avaliada visando a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências e habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominar os conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais específicos da Educação Física e aqueles advindos das ciências afins, orientados por valores sociais, morais, éticos e estéticos próprios de uma sociedade plural e democrática. - Pesquisar, conhecer, compreender, analisar, avaliar a realidade social para nela intervir acadêmica e profissionalmente, por meio das manifestações e expressões do movimento humano, tematizadas, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, visando a formação, a ampliação e enriquecimento cultural da sociedade para aumentar as

		<p>possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervir acadêmica e profissionalmente de forma deliberada, adequada e eticamente balizada nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.- Participar, assessorar, coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais de discussão, de definição e de operacionalização de políticas públicas e institucionais nos campos da saúde, do lazer, do esporte, da educação, da segurança, do urbanismo, do ambiente, da cultura, do trabalho, dentre outros.- Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.- Conhecer, dominar, produzir, selecionar, e avaliar os efeitos da aplicação de diferentes técnicas, instrumentos, equipamentos, procedimentos e metodologias para a produção e a intervenção acadêmico-profissional em Educação Física nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.- Acompanhar as transformações acadêmico-científicas da Educação Física e de áreas afins mediante a análise crítica da
--	--	--

		<p>literatura especializada com o propósito de contínua atualização e produção acadêmico-profissional.</p> <p>- Utilizar recursos da tecnologia da informação e da comunicação de forma a ampliar e diversificar as formas de interagir com as fontes de produção e de difusão de conhecimentos específicos da Educação Física e de áreas afins, com o propósito de contínua atualização e produção acadêmico profissional.</p> <p>Parágrafo 2º - As Instituições de Ensino Superior poderão incorporar outras competências e habilidades que se mostrem adequadas e coerentes com seus projetos pedagógicos.</p> <p>Parágrafo 3º -A definição das competências e habilidades gerais e específicas que caracterizarão o perfil acadêmico-profissional do Professor da Educação Básica, licenciatura plena em Educação Física, deverá pautar-se em legislação própria do Conselho Nacional de Educação.</p>
<p align="center">Serviço Social</p> <p align="center">Parecer CNE/CES nº 492 de 03/04/01</p> <p align="center">Resolução CNE/CES nº 15 de 13/03/02</p>	<p>1. Perfil dos Formandos Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho.</p>	<p>Competências e Habilidades</p> <p>A) Gerais</p> <p>A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social; utilização dos recursos da informática.</p>

Fonte: Resoluções e Pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara do Ensino Superior (CES) que divulgaram as Diretrizes Curriculares Nacionais das Graduações em saúde.