

MIRTES RIBEIRO

A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM
INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR EM MINAS GERAIS NOS CURSOS DE
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA NA PERSPECTIVA DISCENTE

UFMG/MG

2013

MIRTES RIBEIRO

A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM
INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR EM MINAS GERAIS NOS CURSOS DE
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA NA PERSPECTIVA DISCENTE

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de
Minas Gerais – UFMG, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Doutor em Ciências da Saúde (Área de
Concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente)

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Furtado Gonçalves

UFMG/MG

2013

Ribeiro, Mirtes.
R484r A reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior em Minas Gerais nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia na perspectiva discente [manuscrito]. / Mirtes Ribeiro. -- Belo Horizonte: 2013.
190f.: il.
Orientador: Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Capacitação Profissional. 2. Ensino. 3. Educação Profissionalizante. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Gonçalves, Luiz Alberto Oliveira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM: W 21

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Vice-Reitora

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Renato de Lima dos Santos

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Francisco José Penna

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Profa. Benigna Maria de Oliveira

Chefe do Departamento de Pediatria

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Sérgio Veloso Brant Pinheiro - Suplente

Alexandre Rodrigues Ferreira - Titular

Débora Marques de Miranda - Suplente

Jorge Andrade Pinto - Titular

Helena Maria Gonçalves Becker - Suplente

Ivani Novato Silva - Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar - Titular

Roberta Maia de Castro Romanelli - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana - Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG.

Aos orientadores, Luiz e Patrícia.

Aos professores da banca e os demais professores do programa.

A minha orientanda Viviane Antunes Rodrigues Soares.

Aos meus pais pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos pela solícita ajuda e colaboração de sempre.

Aos professores que me ajudaram nesta caminhada, Ana Paula, Antônio, Dhelfeson, Fernanda, Helisamara, Liliane, Maria Letícia, Milton, e os demais companheiros e amigos de sempre.

Aos professores e alunos das instituições de ensino superiores mineiras que me receberam com muito carinho e compreensão para a realização da coleta de dados deste estudo.

Aos apoiadores UFVJM, CAPES e Pró-Saúde/Enfermagem/UFVJM.

Ao meu companheiro Joran.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram nesta minha caminhada, meu Muito Obrigada!

RESUMO

Estudo composto de referencial teórico acompanhado de retrospectiva histórica e de pesquisa realizada através da aplicação de questionários semi-estruturados no ambiente dos sujeitos da pesquisa, sendo estes 1025 alunos matriculados em cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia de 33 instituições de ensino superior mineiras. A tese levanta questões importantes no que diz respeito à formação do profissional de saúde no Brasil. De certa forma reflete o que aconteceu no histórico recente de nosso país. A década de 1980 foi muito importante para a constituição de direitos e marcos legais reivindicados pelos movimentos populares, inclusive com participação dos médicos. Desta maneira vamos entender a inserção na constituição de 1988 de saúde como direito e o desdobramento com a instalação do Sistema Único de Saúde, acabando com a figura do indigente. Ora, porém diante deste novo cenário, também se faz necessário um novo perfil de profissional de saúde, daí a importância de se redirecionar os currículos dos profissionais trabalhadores da saúde. Interessantemente, nos tempos atuais desta tese, revemos cenas de movimentos populares nas ruas das capitais brasileiras reivindicando dentre outras questões pela oferta e qualidade de saúde, nesta, refletida sobre tudo na demanda por profissional médico. Propomo-nos, tempos depois do Movimento de Reforma Sanitária a estudar a reorientação do profissional de saúde a partir daquele que está se formando, o discente. Os resultados nos permitiram concluir sobre a validade do instrumento de coleta de dados utilizado; sobre o estado de transformação no sentido da imagem objetivo pretendida pela reorientação da formação profissional em saúde dos cursos pesquisados, exceto um e sobre a fragilidade dos temas relacionados aos vetores: Mudança metodológica, Integração do ciclo básico/ciclo profissional, Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, Pós-graduação e educação permanente e Interação ensino serviço. Reconhece-se a importância da Política Nacional de Educação Permanente como medida de estimular as transformações ocorridas e institucionalizá-las de forma permanente na lógica das escolas e dos serviços de saúde.

Palavras chaves: reorientação, formação, profissional, saúde, ensino, pró-saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1- Histórico das ações da SGTES de 1991-2013	42
Quadro 2- Modelo de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.....	53
Quadro 3- População Amostral de acordo com curso e IES.....	57
Quadro 4-Valores médios para a tipologia vetores do modelo de reorientação da formação profissional em saúde.....	71
Quadro 5- Variáveis do questionário.....	101
Quadro 6- Classificação discente quanto ao estágio dos vetores da reorientação da formação profissional em cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de Minas Gerais, 2010.....	105
Quadro 7- Distribuição geográfica do estado de Minas Gerais.....	137
Quadro 8- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião de discentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina, participante do Pró-Saúde II, MG/2010.....	141
Quadro 9- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião de discentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina, participante do Pró-Saúde I, MG/2010.....	143
Quadro 10- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião de discentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina, MG/2010.....	145

FIGURAS

Figura 1- Vetores e Estágios do Pró-Saúde.....	53
Figura 2- Avaliação discente quanto às variáveis: Objetivos, Vetores e Evidências do Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia do estado de Minas Gerais, 2010.....	77
Figura 3- Renda familiar por curso de graduação, MG/2010.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização amostral de 32 cursos de graduação em saúde de 15 IES mineiras, 2010.....	58
Tabela 2- Estágio de inserção em Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em IES mineiras, 2010.....	64
Tabela 3- Participação em Pró-saúde (Enfermagem, Odontologia, Medicina) nas IES mineiras, 2010.....	72
Tabela 4- Análise da inserção em Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em IES mineiras, 2010.....	75

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1- QUADRO TEÓRICO	19
HISTÓRICO SOBRE A CRIAÇÃO DE ESCOLAS DE NÍVEL SUPERIOR NAS ÁREAS DA SAÚDE.....	19
PARAMÊTROS CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE: 1960-2012.....	24
TRAJETÓRIAS DA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	34
2- METODOLOGIA	50
POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	50
AMOSTRAGEM.....	50
COLETA DE DADOS.....	52
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	52
ANÁLISE.....	54
3- RESULTADOS	57
ARTIGO I – Proposta de instrumento de avaliação da reorientação da formação profissional em saúde, na perspectiva do discente.....	59
ARTIGO II – Avaliação discente da reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior mineira.....	68
ARTIGO III - Palavras e frases de discentes sobre a formação profissional em saúde.....	95
ARTIGO IV - Expressões discentes: categorias que adjetivam a formação profissional em saúde.....	129
4- CONCLUSÃO	160
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	161
 ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos..	175
 APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	176
 APÊNDICE B – Questionário.....	178

APRESENTAÇÃO

Nascida na periferia de São Paulo em virtude do êxodo rural de meus pais, retorno às origens, ou mais precisamente, ao Vale do Jequitinhonha, no período em que o curso de graduação em Enfermagem foi implantando na Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina (FAFEOD), 1996. Paralelo a estes acontecimentos, têm início minhas indagações sobre a formação profissional em saúde. Em um tempo onde a acessibilidade aos cursos de saúde em universidades públicas era algo extremamente difícil, sobretudo para alguém na qualidade de egressa de instituição de ensino estadual, o fato de ter sido aprovada no vestibular, suscitou-me o sentimento de vitória.

Coordenados pela então professora Maria Lúcia Cardoso dos Santos, éramos uma turma de trinta jovens provenientes de classes média/baixa, inseridos em um curso que se iniciava em uma instituição elitizada e especializada no ensino de Odontologia, localizada há mais de meio século na porta de entrada do Vale do Jequitinhonha, em uma cidade onde o índice de cárie dentária era, na época, um dos mais altos do estado de Minas Gerais. Esta realidade incitava-me indagações e dúvidas sobre o papel social das instituições de ensino em seu loco regional. Vale aqui destacar alguns aspectos da realidade defrontada nos anos iniciais da Enfermagem/FAFEOD: infra-estrutura física adaptada, equipamentos e materiais incipientes, docentes insuficientes, acervo bibliográfico escasso e ainda início sem a autorização de funcionamento pelo Ministério da Educação. Por essa razão, poucas conquistas ocorreram nos anos subseqüentes.

Diante desta situação, a professora Maria Lúcia conduziu o curso de Enfermagem, seguindo uma metodologia totalmente desconhecida para a maioria dos docentes da FAFEOD, baseada em sua experiência profissional e docente, de implantação e implementação de outros três cursos superiores de Enfermagem instalados em instituições de outras regiões do país. Para atingir o seu intento, a referida professora contou com o apoio das comunidades do Vale do Jequitinhonha e com a riqueza prática dos poucos profissionais instalados nos precários serviços de saúde da região. Estes agentes funcionavam como articuladores de cenários de práticas para os ensinamentos a serem construídos junto com (aos) alunos de

Enfermagem. E assim, vivências, reflexões das práticas para a ação e a cidadania, seguidas pela busca de um referencial teórico compuseram o método utilizado para a formação desta primeira turma da qual eu e mais 29 jovens fazíamos parte.

Iniciamos a primeira semana de aula com visitas domiciliares a famílias moradoras de bairros periféricos da cidade, realizando inquérito sanitário junto aos agentes do município, e assim avançamos, trocando experiências e aprendizados com os profissionais dos serviços locais, num sistema de ação-reflexão-ação, de capacitações, atualizações e implantação de novas formas de fazer, tanto no âmbito hospitalar como no campo da atenção primária. Este percurso não foi fácil. A primeira turma de Enfermagem sofreu discriminação não só pelo status social e financeiro de seus membros que se diferenciava gritantemente dos estudantes de Odontologia, como também pelas atividades práticas associadas ao ensino-aprendizagem. Ou seja, enquanto os estudantes do curso de Odontologia aprendiam em laboratórios e clínicas da universidade estruturadas apropriadamente como campos de ensino em âmbito estritamente acadêmico, os de Enfermagem desenvolviam suas práticas de formação em comunidades pobres e em serviços de saúde precários.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que alguns docentes tinham resistência para receber estudantes de Enfermagem, outros se mostraram maravilhados e interessados em se envolver com a forma de trabalho da professora Maria Lúcia que associava ensino com extensão e pesquisa, envolvendo diferentes categorias profissionais nas aulas predominantemente práticas realizadas extramuros da instituição. Sem compreendermos o processo que sofríamos, acreditávamos estar sendo prejudicados pela total ausência de estrutura do curso e pela irresponsabilidade institucional que fez iniciar um curso sem a autorização oficial para tal. No sentido de reverter esta situação, a maioria dos alunos realizava autonomamente a busca por novos referenciais teóricos não disponíveis na biblioteca e também por campos de estágio que viessem ao encontro de nossa curiosidade relativa às “tecnologias duras”.

Foi neste caminhar que eu, junto com Adriana Drumond, colega de turma, escrevemos uma carta ao então diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), solicitando-lhe a possibilidade de abertura de

um campo de estágio do HC para os estudantes do curso de Enfermagem da FAFEOD. Na referida carta, ressaltamos nosso receio em concluir o nosso curso sem possuir conhecimento suficiente para enfrentar o mercado de trabalho em virtude da forma como o curso havia sido concebido e estava sendo conduzido. Como resposta à nossa missiva, o diretor do HC nos esclarece que aquele hospital era campo de estágio exclusivo de estudantes matriculados nos cursos de graduação da área da saúde da UFMG. Até aquele momento a única exceção aceita fora desse critério, havia sido concedida a estudantes dos cursos Técnicos em Enfermagem, promovidos pela Cruz Vermelha da cidade de Belo Horizonte. Entretanto, sensibilizado pela causa, o diretor do HC indicou nossos nomes à coordenação de estágio do hospital, propondo que eu e a colega Adriana, realizássemos, ali, um “estágio” que poderia servir como teste por meio do qual se teria uma visão representativa da nossa turma da FAFEOD. Caso passássemos satisfatoriamente no teste, o HC se dispunha a abrir as portas para outros estudantes do curso de Enfermagem da FAFEOD. Amedrontadas pelo desconhecido, mas comprometidas com a responsabilidade da causa, desenvolvemos o estágio extracurricular no período de férias regulamentares. Para nossa surpresa e felicidade ao final do estágio, recebemos elogios quanto às capacidades e habilidades profissionais que desenvolvíamos com boa desenvoltura.

Este foi efetivamente o momento em que se quebrava em meu inconsciente antigos preconceitos e a idéia de que só existia uma forma de ensinar, aquela baseada na transmissão de conhecimentos através de aulas expositivas, ministradas por peritos especialistas e dependentes de espaço físico adequado. Essa desconstrução que quebrou meus preconceitos mentais e que funda os pressupostos que a professora Maria Lúcia buscava traduzir para o curso de Enfermagem, já havia há muito tempo sendo implantadas em várias áreas do conhecimento. Várias práticas pedagógicas já vinham sendo adotadas desde os anos 1960 com a Pedagogia da Libertação de Paulo Freire, aliás, a famosa articulação entre ensino, pesquisa e extensão, aparece em uma obra clássica deste autor, denominada Extensão ou Comunicação? Tema desenvolvido por ele com educadores que formavam profissionais da área do ensino Agrícola, no Chile, em 1968. Apesar de não haver nada de rigorosamente novo na minha descoberta, o

destaque aqui, é que estávamos ali vitoriosas e acreditando, no processo de ensino aprendizagem realizado de forma diferenciada do tradicional.

A partir deste momento, o HC/UFMG tornou-se campo do estágio curricular do último ano do curso de Enfermagem da FAFEOD. Ao final do ano de 2000, a primeira turma de Enfermagem concluiu o curso e imediatamente fomos todos inseridos no campo do trabalho, nas mais diversas áreas e rapidamente sofrendo progressivas ascensões profissionais, sem exceções. Envolvida neste cenário e sem compreender muito bem o processo, em 2001 matriculei-me no curso de especialização em “Saúde Pública para a Educação” na própria FAFEOD, também coordenada pela profa. Maria Lúcia, na tentativa de entender a educação do processo de formação do profissional de saúde pública, tornei-me uma sanitária.

Foi nesse período que o Ministério da Educação publicou as Diretrizes Curriculares para os Cursos da Saúde¹. Foram dois anos de ricas experiências multiprofissionais que, embora me fizessem compreender melhor o processo de ensino aprendido baseado em metodologias ativas, não sanavam por completo minhas indagações e curiosidades, principalmente no que tangiam as diferenças de atuação dos profissionais em especial da categoria médica e as diferenças de relação com o cliente nos campos hospitalares e nas unidades básicas de saúde.

Eis em 2002 que surge a oportunidade de realizar a especialização em Saúde da Família, pelo Pólo de Capacitação da UFMG, onde me aprofundi um pouco mais no tema. No decorrer deste tempo, trabalhei em hospitais e em Programas de Saúde da Família e conheci a Gerência Regional de Saúde, atuando como consultora do setor regional de Vigilância Epidemiológica. Mergulhada em tudo isto, foi, aí, que comecei minha imersão no campo do ensino, inicialmente ministrando aulas em curso técnico de Enfermagem (Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE). A seguir supervisionei estágios curriculares dos cursos de

¹ As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde deste estudo estão amparadas em duas Resoluções, a de nº 3 de 04/2001 e a de nº 3 de 03/2002. Vale destacar que essas Diretrizes foram resultados de uma construção coletiva que contou com a participação do Movimento da Reforma Sanitária (FALEIROS et al, 2006) que introduziu nas propostas curriculares um modelo de formação dos profissionais da saúde, “na perspectiva do atendimento das necessidades sociais da população brasileira, da formação de um profissional generalista, reflexivo e comprometido com os princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde”.

graduação em Enfermagem e depois como docente substituta na FAFEOD, que no ano de 2002 sofreu nova ampliação, sendo transformada em FAFEID.

No ano de 2004, fui aprovada em concurso público como docente efetiva da instituição. A FAFEID no ano de 2005 foi elevada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Em minha re-inserção institucional, percebi intensas mudanças, não só relacionadas à ampliação, mas também e principalmente à metodologia de ensino do curso de Enfermagem. A partir dessa transformação, o curso passou a contar com outros docentes, em sua maioria, egressos da Universidade de São Paulo campus de Ribeirão Preto.

Assiste-se, assim, nesse mesmo período, a reformulação do currículo do curso de Enfermagem. Na ocasião, ocorreram posicionamentos contrários ao modelo curricular proposto inicialmente pela professora Maria Lúcia. A forma de pensar e fazer o ensino que os novos docentes traziam, seguiam a metodologia flexneriana e apresentavam dificuldades de adaptar-se aos da profa. Maria Lúcia, com a necessidade de crescimento e avanço do curso naturalmente essas divergências se intensificaram. Entendendo esse espaço como democrático, aliado aos avanços de idade e questões familiares, tal situação levou a professora Maria Lúcia a se afastar da coordenação que vinha desenvolvendo até aquele momento. Foi neste tumultuado momento de repensar o curso que eu e outros dois egressos da primeira turma da FAFEOD ingressamos na FAFEID como docentes vinculados em disciplinas do campo da saúde pública.

No período de 2006-2008, cursei o mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, oferecido pela Faculdade de Medicina da UFMG, aprofundando-me nos conceitos sanitários. Concomitante a este período, nos dividíamos entre os docentes recém-contratados, pertencentes em sua maioria às disciplinas de Saúde Pública, que pensavam o ensino de acordo com as Novas Diretrizes e os docentes experientes do campo hospitalar que praticavam o ensino em sua forma tradicional, correntes contrárias de um único pensamento, influenciados assim como nós, pelas suas vivências e experiências de formação. Foi, nesta situação, em que se encontrava o curso de Graduação em Enfermagem da UFVJM, que surgiu o edital do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, por meio da portaria interministerial MEC/MS, de número nº

2101 de 3 de novembro de 2005 (Pró-Saúde²), “contemplando inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a **Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia**” (Idem, os grifos são nossos)³. Eu juntamente com a professora Liliane da Consolação Campos Ribeiro, egressa desta mesma turma de formandos de 2000, escrevemos e submetemos um projeto ao referido edital. A sua aprovação, naquele árduo momento, representou uma “luz no fim do túnel”, pois, conseguimos recursos financeiros para melhorar a estrutura do curso que funcionava há 10 anos com estrutura mínima e oferecíamos também aos serviços de saúde municipais condições de melhoras. A aprovação do projeto reforçou, por sua vez, as práticas até então defendidas pela professora Maria Lúcia, em consonância com as diretrizes atuais.

No início, tudo foi flores, comemorações, alegria....., mas logo veio o descontentamento e a frustração por não avançar nas mudanças das práticas de ensino de todo o curso. Com isto, aumentaram o isolamento e a separação entre os grupos das áreas de “saúde pública” e “hospitalar”. Até que, em um dado momento, como consequência de disputas internas, fomos destituídas do cargo de coordenação do Pró-Saúde. Incansáveis, investimos no Programa de Educação Tutorial para a Saúde (PET-Saúde), em parceria com os profissionais dos serviços de saúde da região, implantamos e desenvolvemos o PET-Saúde “Vigilância a Saúde” e o PET-Saúde Mental, programas complementares ao Pró-Saúde, também conduzidos pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Em consequência de ações incentivadoras da Pós-graduação na área do Ensino na Saúde, iniciativa da SGTES em parceria com a CAPES/MEC conduzidas como ação integrante do Pró-Saúde, pleiteamos ao edital 005/CAPES/DAV – Chamada de novas propostas de cursos de mestrado profissional, sendo aprovado e implantado em 2010, o Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na UFVJM.

² Sobre o Programa cf <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>

³ Vale lembrar que posteriormente, os editais se abriram para outros cursos da área da saúde. Entretanto, esclarece-se que na presente tese, decidiu-se concentrar a análise exclusivamente nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia

Foi neste caminhar, refletindo sobre os fatos históricos acontecidos e ouvindo experiências dos demais coordenadores em outras instituições nos encontros regionais e nacionais dos programas, que decidi investir em um estudo que buscasse avaliar as iniciativas do Ministério da Saúde, no que tange a formação profissional das graduações em diferentes áreas da saúde. Com estas motivações, elaborei um projeto com a temática da avaliação da formação profissional no campo da saúde, submetendo-o à seleção do edital relativo ao Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER), convênio envolvendo a Faculdade de Medicina da UFMG (promotora) e a UFVJM (receptora)/CAPES. Uma vez aprovada no processo seletivo, ingressei, no referido curso do doutorado, em agosto de 2010.

Tendo cumprido todos os créditos das disciplinas obrigatórias e optativas, nesse período, ministrei palestras sobre o tema, apresentei a proposta no 9º Congresso de Rede Unida e elaborei e desenvolvi a pesquisa que deu origem ao presente relatório intitulada “A reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior em Minas Gerais nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia na perspectiva discente”.

O objetivo geral da presente tese foi **fazer um retrato da implementação do Pró-Saúde nas Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Minas Gerais. Na medida do possível, buscou-se também monitorar os estágios do atual cenário quanto ao cumprimento das metas correspondentes a cada vetor em consonância com os eixos do Pró-Saúde.**

Seguindo a resolução 03/2010 do Programa de Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente, a presente tese apresenta os resultados da pesquisa de doutorado, organizados em quatro textos nos moldes de artigos científicos. Vale esclarecer que, na composição da presente tese, os artigos são antecedidos primeiramente por um breve histórico da implantação dos cursos de saúde no Brasil.

O objetivo deste breve histórico é de situar as suas características bem como algumas mudanças que sofreram ao longo de suas existências assim como apresentar os desafios que têm enfrentado no atual contexto, tendo como parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde, implantadas a partir de 2001 e, que vigoram até hoje. Em seguida, faz-se um apanhado das questões que vêm se impondo ao longo desse período, articuladas aos marcos teóricos que

foram emergindo na medida em que se implantaram reformas curriculares com vistas a atender o modelo SUS. Continuando, discorre-se sobre os procedimentos metodológicos que foram adotados para compor cada um dos artigos que serão apresentados no conjunto deste relatório. E por fim os 04 artigos.

O artigo I, intitulado “Proposta de instrumento de avaliação da opinião discente sobre a formação profissional em saúde” analisa a capacidade de mensuração do formulário utilizado na coleta de dados. O artigo II, intitulado “Avaliação discente da reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior mineira,” apresenta os resultados quantitativos dos achados da pesquisa. O artigo III, intitulado “Palavras e frases discentes sobre a formação profissional em saúde”, examina dados relativos à percepção dos estudantes dos cursos selecionados para este estudo, quanto à sua formação para atuar na área da saúde. E o artigo IV, intitulado “Expressões discentes: categorias que adjetivam a formação profissional em saúde”, tem como propósito analisar as diferentes instituições a partir de informações que não são consideradas nos resultados numéricos.

1.1 HISTÓRICO SOBRE A CRIAÇÃO DE ESCOLAS DE NÍVEL SUPERIOR NAS ÁREAS DA SAÚDE

Para ser coerente com o foco da presente tese, concentraram-se, neste breve histórico, apenas as informações relativas à formação de profissionais das áreas médica, de enfermagem e odontológica, pois estas, além de estarem interligadas, compõem o pano de fundo em torno do qual elaboramos parte da nossa investigação que, como dito anteriormente, girou em torno da primeira fase do Pró-Saúde na qual essas três áreas eram as prioridades definidas no programa de formação profissional “comprometidas com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde”.

Examinando a literatura que apresenta os históricos das escolas de formação das áreas de saúde, pode-se inferir que a maioria das obras que se dedicaram ao tema são unânimes quanto à época histórica em que surgem esses tipos de estabelecimentos no território nacional (FERNANDES, 1999; SOUZA, 1982; OLIVEIRA, 2007, AMARAL, 2007, GALLEGUILLOS e OLIVEIRA, 2001; TUOTO, 2013). As condições concretas e legais para criação de Escolas responsáveis pela formação de profissionais das áreas de saúde, no Brasil, nascem todas no século XIX, ou seja, elas têm os mesmos determinantes sócio-políticos, embora tenham raízes e perfis diferenciados. No Brasil, as Escolas de Medicina e as Escolas de Enfermagem são todas oitocentistas e surgem com características assemelhadas, mas com histórias diferentes.

Por exemplo, Tuoto lembra que a fundação do ensino médico no Brasil, se dá, precisamente, em 18 de fevereiro de 1808, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil. A primeira Escola de Medicina foi criada em Salvador, Bahia. Tratava-se de uma Escola de Cirurgia vinculada ao Hospital Real Militar de Salvador. A segunda Escola com as mesmas características, autorizada por D. João VI, nasce em 5 de novembro de 1808, no Rio de Janeiro também vinculada ao Hospital Militar, o que marca um dos traços característicos da formação nessa época assolada por guerras entre impérios que necessitava de profissionais com habilidade para tratar de ferimentos e mutilações (MENDONÇA & NICOLLINI, 2007, p. 167) . A ampliação dessas funções só ocorre, segundo Tuoto, em 16 de fevereiro de 1816, por meio da

reforma do ensino promovida pelo “diretor de Estudos Médicos e Cirúrgicos da Corte e dos Estados”, introduzindo novas disciplinas que estende de quatro para cinco anos a formação do cirurgião. Foi, a partir dessa reforma que os formados passaram a ter “permissão para curar todas as enfermidades que não houvesse médicos” (TUOTO, 2013; MENDONÇA & NICOLLINI, 2007).

Os pretendentes à profissão, poderiam candidatar-se a exames para a posição de “médico”, podendo frequentar faculdades e obter o grau de Doutor em Medicina. Em 9 de setembro de 1826, outorgou-se oficialmente às escolas médicas nacionais, o direito de conferir cartas de cirurgião ou de cirurgião formado, aos alunos por elas diplomados (AMARAL, 2007). Outra reforma no ensino médico brasileiro ocorre após o decreto de 3 de outubro de 1836. A denominação e a organização das escolas são uniformizadas, estendendo-se o ensino médico para seis anos e abrangendo 16 cadeiras, regidas por igual número de lentes (...) **as faculdades passaram a conceder os títulos de doutor de medicina, de farmacêutico e de parteira, os quais eram requisitos obrigatórios para exercício das atividades em qualquer dos ramos da arte de curar** (TUOTO, 2013, os grifos são nossos).

Voltando-se para a origem das Escolas de Enfermagem no Brasil, pode-se verificar que sua trajetória tem um percurso bastante específico. Estudiosos ressaltam que, embora tenha existido, desde os primórdios do período colonial, algum tipo de prestação de cuidados aos doentes que era exercido por um grupo de leigos que passaram a compor os quadros que atuavam nas Casas de Misericórdia, a primeira Escola de Enfermagem no Brasil data de 1890, trata-se da Escola “Alfredo Pinto” (PAVA & MACEDO, 2011, p. 146). Entretanto ela só será reformada, em 1939, com a criação de um curso que passou a ter duração de três anos e foi dirigido por enfermeiras diplomadas. Na primeira metade do século XX, há registros de outras Escolas de Enfermagem que foram criadas, ampliando-se, assim, as possibilidades de formação desse tipo de profissional do campo da saúde. É nesse período que surge a Escola da Cruz Vermelha do Rio de Janeiro, em 1916, com o objetivo de formar profissionais voluntários, cujos diplomas eram registrados, na época, pelo Ministério da Guerra e considerados oficiais (PAVA & MACEDO, 2011).

Sete anos depois, surge a Escola de Enfermagem Anna Nery, criada por duas norte-americanas, Clara Louise Krieninger e Ethel Parsons, cujo trabalho central foi

o de adaptar a formação de enfermeiras que era praticada em seu país de origem aos costumes brasileiros. Segundo os registros dos historiadores das Escolas de Enfermagem, os cursos da Anna Nery, começam a funcionar em 1923, com 14 alunas. Para isso, instalou-se um pequeno internato próximo ao Hospital São Francisco de Assis, onde seriam feitos os primeiros estágios (PAVA & MACEDO, 2011, 148). Essa Escola foi o suporte sobre o qual o “Governo Brasileiro, por meio do Decreto de número 17268/25” torna institucionalizado o ensino de Enfermagem no Brasil. Mais tarde, em 1931, pelo Decreto 20109/31 passa a regulamentar a prática da Enfermagem no país transformando a Anna Nery em modelo a ser seguido por todas as outras Escolas de Enfermagem existentes ou que viessem a ser criadas. Como sustentam Pava e Macedo,

essa padronização consta no Art. 2 do referido Decreto que tem o seguinte texto: ‘A Escola Anna Nery, do Departamento Nacional de Saúde Pública, será considerada a Escola oficial padrão’, passando a ter três anos de duração e **inserindo definitivamente no ensino de nível superior a Enfermagem, com início em 1937** (PAVA e MACEDO, 2011, p. 147, os grifos são nossos).

Finalizando esse breve histórico, vejamos como a origem da formação profissional, se deu no campo da Odontologia. Neste percurso, como ressalta Wander Pereira, é possível verificar

Que ele é marcado por diversas transformações, desde a concepção da prática de Odontologia como a arte de cuidar dos dentes até a conquista da autonomia como ramo do conhecimento, ministrado por instituições escolares (PEREIRA, 2012, p. 148).

Outros autores consultando os poucos registros sobre a história da Odontologia no Brasil mostram que foi apenas em 1800, antes da transferência da família real para o Brasil, que houve uma primeira ação da Coroa portuguesa no sentido de regulamentar essa área da saúde na colônia que, até o fim do século XVIII, era exercida de forma artesanal. Segundo Vianna et al, 2013.

A Odontologia começa a ganhar status de profissão quando o príncipe regente D. João estabelece, provisoriamente, em 23/05/1800, o “Plano de Exames da Real Junta do Protomedicato”, o qual passa a exigir do candidato à profissão de dentista um exame que constava de conhecimentos parciais de anatomia e métodos operatórios e terapêuticos (VIANNA, CANGUSSU, MATOS & CABRAL, 2009, p. 3).

Com base em um minucioso estado da arte sobre a história da Odontologia no Brasil, Pereira estabelece alguns momentos diferenciados na sua composição como um campo de conhecimento. O primeiro é marcado por relatos acerca de “como eram realizadas as práticas relacionadas à arte de curar os problemas dentários” (PEREIRA, op. cit). De acordo com o autor, os tratamentos dentários eram realizados por “barbeiros” ou seja, “pessoas conhecidas como práticos, sem nenhuma “formação institucional” (idem). O segundo momento representa, no dizer de Pereira, o esforço dos seus praticantes para reconhecer a Odontologia como um campo específico do saber na área da saúde. Historicamente, em nosso país, a possibilidade de pensar a Odontologia como uma área autônoma do referido campo só vai ocorrer em 1884, quando o imperador Pedro II assina o decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884, instituindo o ensino de Odontologia no Brasil (VIANNA et al, 2013).

Embora tenham existido muitas iniciativas no sentido de conquistar o reconhecimento dessa área da saúde, durante longa data, a Odontologia foi considerada um apêndice da Medicina. O seu reconhecimento ocorre, já no século XX, com o esforço da legislação de limitar o exercício da Odontologia exclusivamente a pessoas habilitadas com diplomas de Escolas ou Faculdades reconhecidas pelo Ministério da Educação (VIANNA et al, 2013). Mas mesmo assim durante muito tempo, os conteúdos básicos de Odontologia eram ministrados por médicos. Apenas as disciplinas de “Prótese e de Técnicas Dentárias eram específicas do Curso de Odontologia e conduzidas por dentistas” (VIANNA et al, 2013).

Com esse breve retrato sobre a origem dessas áreas da saúde no Brasil, pretendeu-se mostrar, na presente tese, que, embora possamos identificar em cada uma delas pontos de partidas diferentes, não dá para negar que essas áreas sempre estiveram conectadas e como se pode ver nos relatos acima, apesar da existência dessas conexões, houve sempre uma tendência de hierarquização entre elas. Nessa relação hierárquica a área médica aparece quase sempre como o pólo dominante. Grande parte dos paradigmas que orientam as políticas no setor de saúde no Brasil tem como foco central os parâmetros definidos na prática médica. Essa tendência se aplica a todos os setores das áreas da saúde, incluindo, como veremos a seguir, o da formação dos profissionais que nelas atuam. Parte significativa desses

parâmetros é produzida e reproduzida pelas Faculdades e as Escolas de Ensino Superior. Essa é a razão que nos levou identificar alguns parâmetros que têm conduzido as propostas curriculares de Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Minas Gerais bem como compreender como elas têm sido repensadas ou reproduzidas a partir das propostas de mudança previstas no Pró-Saúde e as suas implicações na qualidade dos serviços prestados.

1.2 PARAMÊTROS CURRICULARES NA ÁREA DA SAÚDE: DE 1960 ATÉ 2012

Para efeito de análise, decidiu-se começar essa reconstrução tomando como ponto partida as mudanças curriculares, realizadas em 1968, que vão impactar vários cursos de nível superior no Brasil. Esclarece-se de imediato que essa escolha temporal foi feita pelo fato de que se identificou, nesse período, a introdução de temas relativos ao paradigma flexneriano⁴ nas propostas curriculares, sobretudo, nas dos cursos de Medicina.

O modelo flexneriano de ensino foi implantado, no início da década de 1950 e no final desta mesma década, por influência da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), as faculdades começaram a criar seus departamentos de Medicina Preventiva, objetivando a orientação dos alunos em programas sociais de higiene e prevenção, promovendo experiências extramurais, que vieram a favorecer o desenvolvimento da Saúde Pública.

Na década de 60, alguns setores das universidades brasileiras questionaram a sua organização e as formas da relação com a sociedade. As críticas foram incorporadas na Reforma Universitária de 1968, que objetivava: “extinção de cátedras, criação de departamentos e de institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisas mais adequadas à realidade brasileira, alterações no padrão interno entre professores e alunos” (MARSIGLIA, 1995, p. 15).

No cenário da ditadura militar, foi realizada a reforma educacional, baseada na Lei 5540/68, que deu origem à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, e Lei 5692/71, com extinção das cátedras e agrupamento das disciplinas em departamentos. Esta reforma provocou nos cursos da área da saúde, reflexos até hoje percebidos. As disciplinas básicas passaram a ser ofertadas pelos Institutos Básicos. A finalidade desta reforma era de acelerar a formação profissional para a demanda gerada pelo crescimento econômico da época, com “pedagogia tecnicista”, cujo objetivo era formar os profissionais em curto período de tempo e com os menores custos possíveis (MELO e ALMEIDA, 2004).

A partir da segunda metade da década de 70, iniciou-se uma discussão com novas propostas das políticas sociais em todos os setores, buscando a reformulação do sistema de saúde, com base nos princípios da universalização dos direitos,

⁴ Sobre a proposta do modelo flexner, cf.

descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação dos benefícios e controle social sobre a saúde. Nesta luta pela democratização do país, organizou-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que estabeleceu a universalidade, a integralidade, a descentralização das ações, a hierarquização e o controle social, posteriormente incorporados à Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988.

A Constituição estabeleceu em seu art. 200, inciso III, que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete dentre outras funções ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

No que se refere à área da Saúde, a Reforma Sanitária induziu mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, em especial na gestão, no controle social, no modelo assistencial e na área de recursos humanos. A descentralização do Sistema possibilitou que estados e municípios atuassem de forma efetiva no enfrentamento dos problemas de saúde. A participação da sociedade se intensificou através dos Conselhos de Saúde e das Conferências, reafirmando o direito à saúde como exercício de cidadania (BRASIL, 2006c p.530).

O movimento de reforma do ensino médico, posteriormente acompanhado por processo semelhante em algumas outras profissões de saúde, tem início mais efetivo em 1991, com a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), com o objetivo de avaliar a qualidade desse ensino, propor medidas para sanar as deficiências e criar mecanismos permanentes de avaliação. O processo de avaliação da CINAEM teve como principais constatações: (1) insuficiente formação de médicos levando a residência médica a ser incorporada como continuidade natural da graduação; (2) pouco contato do estudante com a população; (3) currículo fragmentado sem inter-relação entre disciplinas, com carga horária excessiva, enfatizando especialidades e ênfase nas patologias; (4) professor como “repassador” de informações e as anotações no caderno como principal meio de estudo para avaliações; (5) falta de preparo dos docentes para lidar com novas metodologias de ensino-aprendizagem (SILVA et al, 2008, P.28).

Entretanto, havia sido em 1981, com a criação pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SeSu/MEC) do Programa de Integração Docente- Assistencial (PIDA) que se, iniciou-se uma intensa discussão. Com seus primórdios já no início dos anos 70, quando se constituía o movimento social da Reforma Sanitária, uma parte dessas experiências iniciou um trabalho em Rede. Articulando-se, nacionalmente, por incentivo da Fundação W. K. Kellogg, surgiu em 1985, com o nome de Rede de Integração de Projetos Docente- Assistenciais – a Rede IDA, um grande movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde.

Em meados dos anos 90, com o desenvolvimento do Programa UNI (*Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*), ocorreu uma evolução da Rede IDA através da articulação com os projetos UNI, e sua denominação passou a ser Rede UNI-IDA, e, posteriormente, Rede UNIDA (BARBIERI e ALMEIDA, 2006).

Em 1997, têm-se a publicação do Edital nº04/97 SESu/MEC, que convida as Instituições de Ensino Superior (IES) para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, fundamentado na Lei 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação – LDB.

Dentre outros, a Rede UNIDA foi um dos principais atores que fomentou o debate para a elaboração de uma proposta de diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde. No atendimento ao Edital 04/97SESu/MEC, a REDE UNIDA, construiu propostas para os cursos da saúde que incorporam as diretrizes atuais, quase que praticamente na íntegra (REDE UNIDA, 1998).

Em 2000, as diretrizes curriculares para cursos de graduação, definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, apontam para a necessidade de currículos integrados. De modo geral, essas diretrizes orientam para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, aprovadas em 2001, e de Odontologia em 2002, consideram que a formação destes profissionais deve ter por objetivo dotá-los de conhecimentos para adquirir as seguintes competências e habilidades: (1) Atenção a Saúde: prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, nos aspectos individual e coletivo, com a prática realizada de forma integrada e contínua 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, dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética; (2) Tomada de decisões: visando o uso apropriado, avaliando a eficácia e custo-efetividade, baseando em evidências; (3) Comunicação: Devem se acessíveis envolvendo a comunicação verbal e não verbal, a confidencialidade, a integração, as habilidades de escrita, leitura e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira; (4) Liderança: trabalho em equipe multiprofissional, envolvendo a empatia, compromisso, responsabilidade, com vistas ao bem estar da comunidade; (5) Administração e gerenciamento: aptidão para a tomada de decisão administrativa e gestão do processo de trabalho e do cuidado nos aspectos dos recursos humanos, físicos e materiais, com gestão

empreendedora; (6) Educação Permanente: Aprender a aprender, socializando conhecimento por meio de redes de cooperação e compromisso com a educação das futuras gerações de profissionais (ganha-ganha).

A implantação destas diretrizes implica em um grande desafio, que é o de formar profissionais de saúde com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-as(os) para intervirem em contextos de incertezas e complexidade (BRASIL, 2006c).

Em, 1999, uma equipe de consultores do Ministério da Saúde, elaborou e submeteu a um grupo de especialistas convidados, um documento de proposta de incentivo a reorientação da formação profissional no Brasil, que definiu o que premiar, com incentivos segundo critérios, responsabilidades e modalidades de execução: (1) Deslocamento dos cenários de ensino aprendizagem para dentro do sistema de atenção básica e secundária do SUS; (2) Utilização de metodologias pedagógicas centradas no aluno; (3) Oferta regular de Educação Permanente para os recursos humanos da rede básica e secundária do SUS; (4) Oferta de vagas de pós-graduação e aperfeiçoamento para as áreas estratégicas ou de carência de recursos humanos na rede de serviços do SUS; (5) Desenvolvimento de tecnologias demandadas pela rede básica e secundária do SUS; (6) Disponibilidade de internação hospitalar e procedimentos ambulatoriais para as centrais de regulação do SUS.

“A demanda por Recursos Humanos para a Saúde pode ser entendida em diferentes dimensões, desde seus aspectos quantitativos e qualitativos até na distribuição regional dos profissionais na busca da diminuição das desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 2006c, p.531).

Quanto aos desequilíbrios regionais, é necessário diminuir, tanto para incentivar a abertura de vagas, quanto para criar postos de trabalho, observando-se a capacidade instalada e desejada. A transição demográfica e epidemiológica vem alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicando a urgente necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde (BRASIL, 2006c).

Historicamente, os cursos de graduação da área da saúde, tiveram uma grande expansão. O mesmo ocorreu, desde meados da década de 90, com a educação superior como um todo.

No entanto, essa expansão se deu sem um planejamento estratégico, que ancorasse as Políticas Públicas, e que considerasse as necessidades e as especificidades regionais de um país de dimensão continental como o Brasil. Além disso, o sistema de educação superior passou a ter uma forte presença do setor privado. Nesse sentido, a política atual do Ministério da Educação trabalha no fortalecimento e expansão do segmento público, notadamente o federal (BRASIL, 2006c, p.529).

Neste cenário, de fato houve a ampliação de postos de trabalho em saúde, primordialmente dos médicos, de enfermeiros e dos odontólogos, os quais se tornaram quantitativamente as categorias mais expressivas da equipe de saúde no país. Assim, pode se inferir que as políticas públicas do setor saúde – as quais vêm ampliando substancialmente o mercado de trabalho setorial - aliadas as políticas do setor de educação – que flexibilizam os seu sistema - representam o contexto favorável para o grande crescimento dos cursos, das vagas e dos conseqüentes egressos das graduações em saúde, particularmente da medicina, enfermagem e da odontologia (VIEIRA et al., 2004, p.183).

No período de 1991 a 2004, foram criados 309 cursos de Enfermagem, indicando uma expansão de 291,5%, predominantemente, na Região Sudeste, seguida da Região Sul, passando de 50 cursos em 1991 para 220, em 2004, ou seja, um crescimento de 340% (TEIXEIRA, et al, 2006). Segundo, Vieira, 2004, para a enfermagem, os cursos aumentaram de 108 para 215, o que significa um crescimento de 99,1%, no período de 1995 a 2001. O número de vagas ofertadas cresceu ainda mais, 174,3%, aumentando de 8.068 para 22.133.

De 1960 a 2004, foram criados 113 (80,7%) cursos de Medicina, sendo que 44 anos representam um índice de 2,57curso/ano (MARANHÃO, et al 2006). “No período de 1995 a 2001 foram criados 21 novos cursos, o que representou um aumento de 24,7%. O total de vagas oferecidas acompanhou o aumento dos cursos, passando de 8.247 para 11.282 vagas, o que significou um crescimento de 36,8%”(VIEIRA et al., 2004, p.184).

Embora a Região Sudeste mostre preponderantemente um maior crescimento em termos de cursos ofertados, o que decorre da sua maior densidade demográfica e melhor condição socioeconômica, nessa série histórica, a Região Sul apresentou a maior tendência de crescimento, seguida pelo Sudeste e Centro-Oeste. As Regiões Nordeste e Norte apresentaram menor crescimento, respectivamente. Entretanto, observa-se, a partir de 2000, maior expansão de cursos de Medicina nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, comparado com

Sul e Sudeste, considerando-se os valores do coeficiente de correlação linear (MARANHÃO, et al, 2006).

Atualmente, baseado em dados do Conselho Federal de Medicina e do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, estima-se que o Brasil possui 359.691 médicos ativos e apresenta uma proporção de 1,8 médicos para cada 1.000 (mil) habitantes. Analisando dados estatísticos da Organização Mundial da Saúde 2011-2012, identifica-se a proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, a saber: Canadá 2,0; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7. Analisando esta distribuição de médicos por região do país em 2012, 21 dos 26 estados brasileiros têm uma quantidade de médicos abaixo da média nacional e mesmo os estados como Minas Gerais (1,81/1000) que possuem mais médicos que a média nacional, apresentam importantes diferenças regionais (BRASIL, 2013).

Uma das explicações para esse quadro está relacionada ao número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina. Apesar de um número absoluto de escolas médicas maior do que alguns países (são 200 escolas médicas), ao analisar-se a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 (dez mil) habitantes, o país apresenta índice significativamente inferior. Enquanto o Brasil tem o índice de 0,8 vaga a cada 10.000 habitantes, outros países têm índices maiores, a saber: Austrália 1,4; Reino Unido 1,5; Portugal 1,6 e Argentina 3,1 (BRASIL, 2013, p.4).

Apesar da expansão de cursos de Medicina que vem acontecendo desde 1995, nesse cenário, a expansão de 2.415 vagas de cursos de medicina, anunciada pelo MEC em 2012, só atingirá o número de 2,7 médicos a cada 1.000 habitantes no ano de 2035 (BRASIL, 2013). No sentido de reverter este quadro posto atualmente como resultado de um movimento nacional popular, onde os brasileiros foram as ruas manifestar suas insatisfações, têm-se em 2013 a publicação da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, regulamentando a atuação do estado sob a criação de cursos privados de medicina, incluindo na formação médica um ciclo, de treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos e instituindo o Programa Mais Médicos que trata-se de chamamento público de médicos brasileiros e estrangeiros a atuar em área prioritárias para o SUS na

modalidade de especialização em serviço com recebimento de uma bolsa no valor de R\$ 10.000,00 mês.

Já na Odontologia, no período de 1995 a 2001, foram criados 61 novos cursos, significando um crescimento de 68,5%, notadamente a partir de 1998. O número de vagas registrou um aumento de 63,7%, em média, foram oferecidas anualmente 10.820 vagas de odontologia no país (VIEIRA, et al., 2004). Evoluíram de 83, em 1991, para 174 em 2004, constituindo um crescimento de 109,64%. E a expansão por regiões geográficas do Brasil é de 500% para a Região Norte, seguido pelas Regiões Nordeste com 115,38%, Sul com 114,28% e com menor crescimento a Região Centro-Oeste, com 83,33%. Embora esse crescimento não tenha sido uniforme, a distribuição dos cursos permanece bastante desigual entre as regiões, sendo que a Região Sudeste, em 2004 continha 58% dos cursos de Odontologia. O expressivo aumento do número de cursos de graduação em Odontologia e do número de vagas oferecidas nos mesmos (115,1%), não foi proporcional aos números de ingressantes (51,02%), de matrículas (49,95%) e de concluintes (48,72%). Observa-se ainda uma significativa redução de 41,17%, no número de candidatos inscritos nos processos seletivos dos cursos de Odontologia, e um aumento de 22,17% na evasão dos mesmos (FERNANDES, et al, 2006).

Como observado, a distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais em medicina, enfermagem e odontologia. Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedecem muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compras destas regiões do que as reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Nordeste e o Norte. Essa constatação indica a necessidade de políticas públicas educacionais que revertem em ampliação do número de cursos de medicina, enfermagem e odontologia, principalmente com dependência pública nas regiões menos favorecidas (VIEIRA et al., 2004, p.192).

A incongruência entre a população que potencialmente poderia ingressar nos cursos de saúde e o número de cursos alinha-se a outros indicadores de desigualdades sociais. Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano de 2004, a renda *per capita* e a taxa de anos de escolarização, as Regiões Sudeste e Sul são as que apresentam os melhores indicadores e as maiores oportunidades de Ensino Superior na área no País (BRASIL, 2006c).

A política para a educação superior na década de 1990 assumiu que o mercado econômico deveria desempenhar um papel central na criação de

novos cursos e instituições. A satisfação da demanda por novas vagas no ensino superior tornou-se um princípio fundamental e propiciou ampla margem para o crescimento da rede privada. Essa ótica contrasta com a premissa da necessidade social do ensino. Assim, de 1995 a 2001, no Brasil, o crescimento absoluto e percentual dos cursos públicos foi menor do que os privados. O crescimento percentual dos cursos privados de medicina foi da ordem de 54,5% (de 33 para 51 cursos privados); na enfermagem foi de 191,7% (de 48 para 140 cursos privados); e na odontologia, esse crescimento foi de 123,2% (de 43 para 96 cursos privados) (VIEIRA et al, 2004, p.193).

A expansão predominantemente privada, não foi capaz de garantir o acesso, já que dados de 2004 apontam para o fato de que a taxa líquida de escolarização superior brasileira é de apenas cerca de 10%. Por outro lado, quase metade das vagas oferecidas pelo setor privado permanece ociosa. Há dois outros aspectos a serem considerados: a demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, onde a relação candidato vaga é fortemente positiva, mesmo nos cursos em que, no setor privado, sobram vagas. O outro é a importância do Programa Universidade para Todos (PROUNI) para democratização do acesso dos alunos de baixa renda em cursos competitivos, fato que somado com as políticas de cotas nas instituições públicas, no longo prazo, certamente, mudará o perfil dos alunos e será socialmente mais justo (BRASIL, 2006c, p.529).

Embora tenha sido observado que no país existe uma oferta substancial de egressos das três graduações, o que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões, bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. Esses fatos consistem em uma questão relevante para a formação destes profissionais, porque, aliada à proliferação de escolas, primordialmente privadas, e à massificação do ensino, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades dessas formações, que exigem importantes laboratórios, tecnologia e infra-estrutura (VIEIRA et al, 2004, p.199).

Além disso, a excessiva especialização observada na área da saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Apesar dos avanços obtidos com a incorporação de uma área dedicada à abordagem dos aspectos preventivos, sociais e comunitários, na década de 50, somente as vantagens obtidas, no campo da pesquisa epidemiológica e social, não foram suficientes para induzir um novo modelo de prática profissional orientada à atenção básica (BRASIL, 2007a).

Têm sido buscados mecanismos de regulação para a abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade e de regionalização. Por sua vez, em 2003, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde, propôs a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, visando estabelecer um espaço de integração interinstitucional para a proposição de alternativas de integração universidade-serviços, visando ao ordenamento da formação e ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores na saúde (VIEIRA et al, 2004).

Neste sentido, em 2004, um novo ator surge neste complexo cenário: o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que articula entidades envolvidas com a formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde. O grande diferencial deste ator é que, pela primeira vez, as profissões da saúde se unem em torno da construção de cenários políticos e institucionais mais favoráveis, buscando mudanças na formação por meio de ações multiprofissionais e do trabalho em equipe.

Também tem que se levar em conta que muitos programas e políticas públicas não têm continuidade devido a mudanças de direção administrativa e eleitorais. Muitas políticas públicas são criadas em planos de governo e/ou por demandas sociais, são consideradas prioritárias em quatro ou cinco anos e se realizam em ambientes de múltiplos interesses, em processo contínuo de decisões, modificando-se permanentemente (SOUZA et al, 2011, p.23).

Hoje, uma situação e programa políticos podem estar em via de substituição ou simplesmente ser abandonados, no sentido de minimizar os efeitos da rotatividade governamental, foi criada a Política de Educação Permanente, por meio do Pólo de Educação Permanente em Saúde, para os setores da saúde e da educação, para as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente os estudantes da área de saúde, os trabalhadores de saúde e os conselhos de saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS (SOUZA et al, 2011).

Na área de Recursos Humanos, considerada estratégica para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com a preocupação com a formação inicial e continuada e com o desenvolvimento e valorização destes profissionais, se constitui num avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação dos profissionais de saúde na formulação e na implementação de estratégias desse nível de atenção (BRASIL, 2006c, p.531).

Considerando a necessidade de um novo modelo de prática profissional e de mudanças na formação dos profissionais de saúde, é lançado em 2005, a portaria interministerial nº 2.118, que institui parceria entre o Ministério da Educação e

Cultura e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. A integração das políticas interministeriais denota a articulação entre ações e procedimentos que levem em consideração os objetivos comuns capazes de induzir mudanças previstas nestas políticas (BRASIL, 2007a).

Todos os esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, na medida em que dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes a estas iniciativas e, que mesmo estando institucionalizadas, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, iniciativas como deslocamentos para ambulatórios periféricos, supervisão de internatos rurais, participação em atividades comunitárias entre outras, sempre representaram um pesado ônus para aqueles que os assumiam e os levavam à frente (BRASIL, 1999).

Faz-se necessário assumir que não se pode ficar a mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. A indução de tais mudanças somente poderá ser efetiva, caso exista uma clara e articulada política de formação que inclua incentivos aos modelos que mobilizem as instituições acadêmicas nesta direção. Por isso um papel indutor seria extremamente necessário, dando direcionalidade a este processo e facilitando a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade (BRASIL, 1999).

Neste sentido, com papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, ainda em 2005, têm se o lançamento do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da portaria interministerial n° 2.101 do MS/MEC. Nesta perspectiva, a essência do Pró-Saúde é a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007a).

1.3 TRAJETÓRIA DA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

As preocupações com as questões referentes aos recursos humanos em saúde vêm de longa data, reflexões e recomendações sobre o assunto podem ser encontradas em inúmeros registros na história em diversos países, inclusive o Brasil.

No cenário internacional, a discussão sobre a formação de recursos humanos na saúde é marcada historicamente pelas conferências Mundiais de Educação Médica, ocorridas em 1988 e 1993 em Edimburgh.

Recentemente, o ano de 2010 marca os 100 anos do Relatório Flexner, neste sentido, algumas iniciativas internacionais, promovidas por fundações e/ou organismos multinacionais (como a Organização Mundial da Saúde), tomando em conta a comemoração do centenário do Relatório Flexner, vêm promovendo estudos e debates visando a uma possível reorientação da formação de pessoal da saúde, em um processo designado como “Transformative scale-up of Education of Health Personnel” (FERREIRA, et al 2012).

Atualmente, esperamos pelo Terceiro Fórum Mundial de Recursos Humanos para a Saúde que acontecerá em novembro de 2013 no Brasil. Tendo sua primeira edição ocorrida em 2008 na Uganda e o segundo Fórum em 2011 na Thailand.

Em nosso país, a saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2003b, p.2).

Nos últimos anos, o Brasil vem implementando algumas políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente nos setores de saúde e de educação. Na saúde há uma grande mobilização no sentido de reorganizar e ampliar as ações básicas, como estratégia de substituição do modelo hegemônico de organização do cuidado à saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento especializado e complexo (BRASIL, 2007c, p.7).

O periódico The Lancet publicou, na sua edição de maio de 2011, um número especial com uma série de artigos exclusivos sobre a saúde no Brasil. Os editores introduziram o assunto relatando que, naquele ano, o governo do País havia sido

assumido pela primeira vez por uma mulher, a presidente Dilma Rousseff. Faz referência a posição de destaque que o Brasil assumiu, passando a quinta economia do mundo, com uma taxa de crescimento econômico que atingiu 7,5% no ano anterior. O editorial menciona que em 1989 o Brasil era um dos países com maior desigualdade no mundo e que, nas duas últimas décadas, o SUS melhorou sensivelmente o acesso da população à atenção primária à saúde e ao atendimento de urgência e emergência (FERREIRA, et al, 2012).

Neste cenário múltiplo e complexo, a mudança da formação se estrutura em inúmeros processos e tentativas. O Homem é histórico e precisa olhar para o passado para entender seu presente e planejar seu futuro. Entendendo os movimentos anteriores, faremos das novas experiências tentativas mais próximas do sucesso, além de proporcionar a valorização dos atores que vivenciaram as políticas anteriores. Novas políticas públicas pró-mudança na formação necessitam ser construídas coletivamente, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS. O apoio a novas lideranças e o estímulo qualificador, não só financiador, é um dos caminhos para a reforma da educação superior em saúde (GONÇALVEZ e ALMEDIA, 2010, p.16).

“O SUS, desde o seu início, conta com a participação de segmentos importantes das instituições de educação de ensino superior, contribuindo nas formulações e proposições organizacionais da saúde em nosso país” (BRASIL, 2004a, p. 3).

Assim, no contexto desse estudo, a educação é concebida como uma prática social que pode dinamizar outros processos sociais, oportunizando a busca pela construção de uma sociedade inclusiva e cidadã, na qual o cuidado com a saúde desempenha um papel decisivo. Educação e saúde são bens públicos com traços em comum e diferenciados em relação às demais dimensões da vida. Constituem-se em dois elementos fundamentais para a promoção da igualdade social: a mudança só pode ser promovida tendo como eixos centrais a educação e a saúde, elementos essenciais para a coesão social e para a criação de condições dignas de vida (BRASIL, 2006c, p.20).

“Identifica-se há longo tempo à necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira” (BRASIL, 2004a, p. 3).

Para Alburquerque et al (2008), a mudança na formação dos profissionais em saúde envolve a articulação ensino-serviço, espaço privilegiado para reflexão sobre a realidade de produção de cuidados e a conseqüente necessidade de transformação do modelo assistencial, cujo objetivo central seja as necessidades dos usuários.

“Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/ satisfação dos trabalhadores dos serviços” (ALBURQUEQUE et al, 2008, p. 357).

Segundo Feuerwerker (2003), a produção do conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços, no campo da saúde, devem ser elementos indissociáveis de uma nova prática. Corroborando com os princípios do SUS, na Atenção à Saúde, os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo. Com as propostas de mudança na formação profissional em saúde pretende-se ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social; que a universidade esteja aberta às demandas sociais e produza conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde; transformar o modelo de atenção, fortalecendo prevenção e promoção, oferecendo atenção integral.

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a formação de recursos humanos para a saúde. Vinculado a esse ministério, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), 2003, passa a tratar a gestão de recursos humanos como uma questão estratégica, focada na dimensão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, surgem ações, políticas e programas voltados para a gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil (BRASÍL, 2008).

Historicamente, temos o primeiro registro, em Conferência Nacional, da necessidade de formação dos trabalhadores na área da saúde na 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, onde foi apresentada com o tema central, “Recursos humanos para as atividades de saúde”, o que apontou para a concretude das discussões para melhorar a qualidade do serviço e atendimento na área da saúde no país. Percebe-se neste momento, a necessidade da troca de informações entre ensino e serviço, para melhorar a condição das duas pontas. Condição que trinta e sete anos depois seriam um dos pontos fundantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (SMAHA e PAULILO, 2009).

Este histórico de mudança faz parte de outras tentativas, como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), na década de 1970, que visava à inter-relação entre todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, num contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção (ALMEIDA, 2001).

A partir da reforma sanitária surgiram os debates acerca da educação permanente e da formação dos profissionais de saúde, destacando-se a adequação da educação dos profissionais à regionalização e à hierarquização do sistema de saúde. Estabeleceu-se um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) ocorrida em outubro de 1986. Essa Conferência teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (CECCIM *et al*, 2002).

Em 1990, com a institucionalização do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), que apesar de somente ter sido regulamentada mais de duas décadas após pelo Decreto nº 7.508/2011, coloca os serviços de saúde como campos de ensino-aprendizado na assistência, gestão, ensino e pesquisa e fala de uma política para os trabalhadores da saúde que organiza um sistema de formação em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1990).

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) de 1991 cria as Comissões de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e as NOBs seguintes define mecanismos de Implantação e desenvolvimento das políticas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 1991).

A SGTES têm como objetivo o desenvolvimento de ações para o fomento de políticas para formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS.

A partir da criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal no que diz respeito à ordenação da formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS. O DGES é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, à capacitação de profissionais de outras áreas e da própria

população para favorecer a articulação intersetorial, a gestão social das políticas públicas de saúde e o controle social no SUS e, ainda, à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sanitários e sobre o SUS. Organizado em três coordenações – Ações Estratégicas, Técnicas e Populares em Educação na Saúde (BRASIL, 2003b, p.1).

A IX Conferência Nacional de Saúde, primeira após a criação do SUS ocorreu em 1992 e teve como chamada “Municipalização é o Caminho”. Com relação à área de Recursos Humanos, a conferência entendeu como necessário: assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos que se articulasse com os órgãos formadores; promover a imediata regulamentação do art. 200, inciso III, da Constituição Nacional; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior; assegurar que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde destinassem recursos orçamentários para a capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento; garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área da saúde (CECCIM *et al*, 2002).

Esta conferência apontou para a necessidade de realização da 2ª CNRHS para aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde. É importante também destacar nesse contexto a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e o intenso debate promovido na década de 90, envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores para a conformação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que hoje baliza os indicativos da política de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2006a).

Em 1996 ocorreu a chamada “Onde dá SUS, dá certo!” para a X Conferência Nacional de Saúde e propôs para a área de recursos humanos dentre outras medidas: a implantação e manutenção técnica e financeira de escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde; a exigência de que o Ministério da Saúde apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde

e a necessidade de criação de novos cursos na área da saúde, tanto de nível médio, quanto superior (CECCIM *et al*, 2002).

No ano 2000, a XI CNS reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda a 3ª CNRH. Trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no controle social em saúde (conselheiros, promotores públicos, promotores do Ministério Público, população em geral) até o fortalecimento dos princípios do SUS. Voltam também com força os argumentos em favor do financiamento para as ações de desenvolvimento e formação de recursos humanos no SUS e o debate sobre os currículos na área da saúde (BRASIL, 2006a).

Transcorridos, cinco anos de Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) apontando para a necessidade de currículos integrados, adequados as necessidades regionais e com relevância social nas ações acadêmicas, tem-se em 2001 a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição e em 2002 para o curso de Odontologia, orientando para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo.

No ano seguinte em 2003, é homologado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Resolução 330 que aplica “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. Em seguida, a Resolução 335 de 27 de novembro de 2003 ratificou o disposto anteriormente, instituindo a Política de Educação Permanente em Saúde, que vêem: 1) Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente; 2) Recomendar aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que envidem esforços para a implantação e implementação desta Política, assegurando todos os recursos necessários à sua viabilização, buscando, ao máximo, a permeabilidade às instâncias de controle social do SUS e o engajamento das instituições de ensino na área de saúde do País e 3) Apoiar as estratégias e ações que visem à interação

entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e desta Política.

Em 2004 foi sancionada a Portaria nº 198/GM/MS, que “Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências”, efetivando a lei e iniciando seu processo de implantação. Mas foi somente em, 2007 com a Portaria GM/MS nº 1.996, que, “dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências” é que se efetiva a implantação e inicia a implementação da política. Logo após o decreto presidencial de 20/06/2007 ter instituído a Comissão Interministerial de Gestão e Educação na Saúde, com a função de ordenar a formação de recursos humanos na saúde e implementar as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) como modalidade deliberativa e permanente em substituição ao papel dos Pólos de Capacitação.

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) trazido pela portaria nº 198 GM/MS diz que “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Assim, decorridos cerca de 20 anos da realização da primeira conferência, a 3ª Conferência representa uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da saúde (BRASIL, 2006). E, considerando que não estava sistematizada a experiência acumulada em relação à construção de processos de mudança e a necessidade de implantar uma política voltada para a questão dos recursos humanos no SUS, instituiu-se, no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propôs a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde (CECCIM E FEUERWERKER, 2004a).

O AprenderSUS, criado em 2004, foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa de governo) voltada para a educação universitária. Esta política foi um marco na relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e apresentou como objetivos o fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços e sistemas de saúde e a ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do sistema único de saúde (CARVALHO E CECCIM, 2006).

Em continuidade à proposta de reorganização da formação em saúde, em agosto de 2007, foi publicada a portaria 1996, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no país. A portaria define que essa política deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007c).

Definiu-se por meio da Portaria 1996 que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço (CIES). Em muitos locais do país, esta foi uma importante medida para que todas as ações indutoras de formação de recursos humanos para o SUS avançassem no que tange à integração ensino-serviço como condição de implantação e manutenção destas ações (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

Embora a precursora da Educação Permanente seja a área da Educação, “[...] como vertente pedagógica esta formulação ganhou estatuto de política pública apenas na área da saúde [...]” (CECCIN, 2005, p.161 nota 2).

Contrapondo-se a legislação, no Brasil a educação em saúde na prática ainda é campo de ordenamento do Ministério da Educação. A SGTES, no intuito de implementar a formação de recursos humanos para o SUS, vêm desenvolvendo diversas ações estratégicas, a partir de 1991, algumas delas descritas no quadro histórico abaixo:

Quadro 1- Histórico das ações vinculadas a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no período de 1991 a 2013.

SIGLA	SIGNIFICADO	INICIO
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas	1991
Canal Saúde	É uma emissora de televisão do SUS, sediada na Fundação Oswaldo Cruz	1994
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem	1999
Rede ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde	1999
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde	2000
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde	2001
PROFAPS	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio Área da Saúde	2009
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas	2002
VER-SUS/Brasil	Oferece a estudantes universitários vivências e estágios no SUS de 15 a 20 dias	2004
DesprecarizaSUS	Fórum para discussão sobre trabalhadores em situação de trabalho precário	2003
PRÓ-SAÚDE	Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	2005
Ativadores de mudanças	Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde	2005
Residência Multiprofissional	Residências multiprofissionais e em área profissional da saúde	2005
PROGESUS	Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da Educação no SUS	2006
INFOSUS	Sistema nacional de informações do SUS. Componente IV do Progesus	2006
TELESAÚDE	Programa utilizando tecnologia de comunicação e informação	2007
SIS-Trabalho	SistrabalhoSUS é o componente 4 do (ProgeSUS)	2007
Pró- residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas	2009
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho na Saúde	2010
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS	2010
Pró-Ensino	Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde	2010
MESP	Mestrado Profissional Ensino em Saúde	2010
PRÓ-PET-SAÚDE	Busca integrar o Pró-Saúde e PET-Saúde	2011
INOVASUS	Política de Inovação da Gestão do Trabalho	2011
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica	2011
Pró-internato	Apoia a adequada supervisão de alunos de Medicina de IFES por docentes e profissionais dos serviços de saúde	2012
Formação de conselheiros	Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde.	2012
Mais Médicos	Formar recursos humanos na área médica para SUS e dá outras providências	2013

De fato, todas essas iniciativas propiciaram o desenvolvimento de uma verdadeira massa crítica e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, embora muito limitadas na capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, a capacidade de impacto das ações de educação em serviço sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança, em sido muito limitada (BRASIL, 2003b, p.2).

Após uma seqüência de rodadas de avaliação, efetuadas de fevereiro a julho de 2003, com coordenadores, gestores municipais e estaduais e docentes, universitários, pode-se formular que todas essas iniciativas foram muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos *modos de fazer* (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a, p.45).

Desse modo, transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Para ser possível, a educação em serviço com todas estas referências, escolhemos o conceitual da educação permanente para interpor ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor (BRASIL, 2003b, p.4).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios (BRASIL, 2007c p.13).

A Educação Permanente é uma das conquistas dos trabalhadores da saúde no país, conquista que deve ser cultivada e aprimorada para que se garanta a qualidade nos serviços. Pudemos perceber, com este breve relato, a longa trajetória que teve a discussão de formação e educação continuada até que, em 2003, o CNS, assinasse a Resolução que deu subsídios para o Ministério da Saúde homologar a Portaria 198/04. Treze Conferências Nacionais aconteceram até hoje e, nos registros, observamos a evolução das discussões e da luta por espaço e garantia de direitos na saúde, para seus trabalhadores e para seus usuários. As Leis foram homologadas e muitas ações foram executadas, mas estamos longe das condições ideais, no que diz respeito ao atendimento do usuário e à condição de trabalho dos servidores. É necessário que as lutas continuem para garantir a

universalização da saúde e a qualidade de seus serviços (SMAHA e PAULILO, 2009, p.14).

Instituído pela portaria 399/GM em 2006 as diretrizes do Pacto pela Saúde, apontam como uma das responsabilidades a articulação e proposição de políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, ratificado pela portaria 648/Gm de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Dentre as estratégias citadas acima, um dos mais importantes programas foi o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), instituído em 2002. A constatação de alguns aspectos positivos com sua implantação contribui para o surgimento do Pró-Saúde. Inspirado no PROMED, o Pró-Saúde I, abrangeu também as escolas de Enfermagem e Odontologia. Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, denominado de Pró-Saúde II, seguindo o movimento de criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), que promoveram a inserção de outros profissionais da saúde na atenção básica.

Em 1996, no contexto da educação superior, as IES ganharam grau de liberdade que possibilitaram a flexibilização de seus currículos através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e substituição do currículo mínimo, em 2002 com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) já aprovadas pelo MEC consolida-se o reforço da necessidade de orientação da formação profissional em saúde. E no que se refere à avaliação, em 2004 é instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) com os objetivos de melhoria da qualidade da educação, aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das IES, respeito à diferença e à diversidade e afirmação da autonomia e identidade institucional. Tudo isso foi essencial para a consolidação da proposta de reorganização da formação profissional em saúde conhecida como Pró-saúde (LIMA e OLIVEIRA, p. 45, 2013).

O Pró-Saúde, como estratégia de reorientação da atenção básica e do modelo de atenção à saúde no país, visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação.

1.3.1 O Processo de seleção

Em 2001, tendo como referência as DCN dos cursos de Medicina, uma comissão avaliou propostas de Projeto de Mudança Curricular de Curso de Medicina (PMC) apresentadas por Instituições de Ensino Superior (IES), abrangendo a análise da documentação e os critérios de qualidade dos PMC propostos, além da distribuição regional das escolas. Um grupo de especialistas ofereceu subsídios ao aprimoramento dos projetos que foram habilitados a apresentar documento detalhado para o edital de seleção. Ao final, poderiam se contempladas até 20 instituições de ensino superior, sendo 10 por distribuição regional e 10 por mérito, a constituir o grupo de escolas participantes do PROMED (BRASIL, 2002c).

A Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS, apregoa a cooperação técnica, operacional e/ou financeira para as escolas de graduação em saúde que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística [...]. A cooperação técnica cumpre os objetivos de apoiar os processos de mudança, ajudando as escolas a terem uma compreensão mais ampla do processo de mudança e de sua condução estratégica [...]. A cooperação financeira tem o objetivo de ampliar os recursos de poder dos grupos condutores da mudança, conferindo-lhes governabilidade para executar ações estratégicas à construção da mudança em seu território específico (BRASIL, 2003b).

Para serem elegíveis para a cooperação financeira, as escolas terão que assumir (e evidenciar junto às articulações interinstitucionais locais/regionais) compromissos concretos com a educação permanente e a produção do conhecimento, segundo os princípios aqui enunciados. Iniciaremos ações com as escolas de medicina, enfermagem, odontologia e fisioterapia, mas estaremos visando à inclusão de escolas de todas as carreiras de saúde que estejam interessadas e em condições de aderir à proposta de mudança, bem como à pactuação do compromisso com as carreiras das áreas de humanidades e de gestão pública para desenvolvimento da abordagem sobre saúde e sociedade, planificação e administração, epidemiologia social e saúde das populações (BRASIL, 2003b, p.14).

O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de Graduação da área da Saúde, além dos cursos contemplados na 1ª fase (BRASIL, 2009d, p. 1).

Para a seleção das instituições que participam do PRÓ-SAÚDE, constituiu-se uma comissão assessora que definiu os critérios destinados à avaliação dos projetos apresentados pelas IES e Secretarias de Saúde, segundo os seguintes critérios gerais: Tratamento equilibrado dos três eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica); Clareza na abordagem conceitual (determinantes sociais do binômio saúde-doença) e esquema curricular; Clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; Orientação quanto à regulação e sistema de referência; Possibilidade de compartilhar orçamento (Escola e Serviço); Integração do Hospital Ensino nas redes de serviço, e Indicação de parâmetros de avaliação (BRASIL, 2009d).

No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia, sendo que 15 cursos são do estado de Minas Gerais. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas, totalizando um aporte de recursos financeiros de R\$ 26.618.711,04, contemplando no estado de Minas Gerais 10 cursos. Em 2011, para o PRÓ-PET foram selecionados 109 projetos, sendo 14 projetos de IES localizadas em Minas Gerais. O programa envolve até três anos de apoio financeiro a projetos que apresentem potencial de transformação do modelo de formação.

1.3.2 Processo de Acompanhamento e avaliação

No “Seminário de avaliação do Promed”, que ocorreu no Rio de Janeiro, com participação de grande representatividade de todos os segmentos envolvidos no programa, o consenso de maior importância foi o de que faltou acompanhamento e avaliação, por parte do Ministério da Saúde, considerado, também, fator fundamental para o fraco desempenho dos projetos. Observa-se assim, que, embora estivesse determinada na portaria conjunta MEC-MS nº 610/2002, a Comissão Nacional de Acompanhamento do Promed não foi efetivada (OLIVEIRA et al, 2007).

O processo de avaliação do Pró-Saúde é formativo e pressupõe a regulação de responsabilidades compartilhadas entre as instituições parceiras, através de um acompanhamento interno realizado localmente pela Comissão Gestora Local (CGL)

constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais de saúde. É também monitorado externamente pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de um grupo de assessores compostos por técnicos do MS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e de entidades externas, com experiência em formação nas áreas envolvidas. Estes por sua vez, realizam visitas anuais aos projetos (universidade e serviços de saúde), reuniões de Conselho Consultivo e Seminários de Comissão Assessora.

Promover a avaliação e a reflexão crítica sobre as iniciativas de formação e desenvolvimento atualmente em curso, bem como estimular sua articulação são ações estratégicas para ampliar as possibilidades de inovação das ações que serão desencadeadas para o desenvolvimento e formação em saúde. [...] Seminários regionais e visitas, promoção de fóruns entre gestores e formadores, estímulo à produção de conhecimento a partir da análise das experiências desenvolvidas são algumas das atividades propostas (BRASIL, 2003, p.15).

Em continuidade ao processo de acompanhamento e avaliação das atividades do programa são organizado, desde 2007, periodicamente pela SGTES, seminários regionais e nacionais do programa, com participação de membros da academia, dos serviços de saúde e do controle social possibilitando aos presentes a aproximação, reflexão conjunta, sensibilização e motivação para que se possa avançar na implantação da reorientação. O último seminário nacional aconteceu em articulação com o PET-Saúde em outubro de 2012 e o próximo (PRÓ-PET) é previsto para novembro de 2013, em Brasília.

O que se percebe é que a cada novo seminário cresce a massa crítica participante e vai se constituindo um coletivo convicto da necessidade de oferecer aos alunos a possibilidade de vivenciar experiências significativas na formação profissional, adquirir novas habilidades, atitudes éticas e compreensão dos problemas de saúde (CURY et al, 2009, p.38).

Relatórios dos projetos desenvolvidos nesse período e pesquisas avaliativas apontam como aspectos positivos, principalmente, a maior articulação das instituições de ensino com os serviços de saúde, a institucionalização das ações com a implantação das comissões de gestão e acompanhamento local e reconhecimento das mesmas como espaço efetivo de articulação entre a instituição de ensino e os gestores dos serviços de saúde. Houve, também neste período, evidente ampliação de carga horária de atividades práticas na comunidade e em serviços de atenção básica, sobretudo nas primeiras séries dos cursos. Por outro lado, são identificados pontos de estrangulamento e fatores dificultadores desse

processo, com destaque à falta de continuidade dessa articulação decorrente das mudanças de gestores, a infra-estrutura limitada dos serviços de saúde e a insuficiência de espaços que garantam a efetiva participação dos profissionais no desenvolvimento dessas atividades (BRASIL, 2001).

O Relatório do Seminário Nacional do Pró-Saúde realizado em 2008, destaca os seguintes pontos principais problemas (falhas) identificadas: Alternância de poder e descontinuidade gerencial (SUS e IES); Assimetria política, de conhecimentos e lógicas organizacionais; Falta de institucionalização – pouca articulação no SUS; Academia como “fiscalizadora” sem contrapartida adequada; Variabilidade do tipo de inserção dos alunos; Vulnerabilidade social e violência gerando maior resistência dos alunos; Inadequação de instalações e recursos técnicos no SUS; Falta de intercâmbio entre os diversos projetos; Variado espectro de medidas estruturantes da formação. E apresenta diversas propostas de aprimoramento dos projetos, dentre elas propostas para avaliação e monitoramento do projeto, que por sua vez, recomenda entre outras ações, que o escopo do instrumento de avaliação dos projetos deverá contemplar discentes, docentes, gestores de saúde e controle social levando-se em conta que o território de avaliação deve incluir espaços de discussão e planejamento.

Decorridos seis anos do processo de implantação do Pró-Saúde e três anos da implementação do PET-Saúde, é possível identificar que há efetivamente um processo de mudança que estão ocorrendo nos cursos de graduação na área da saúde e nos serviços nela envolvidos em todo o País. Isso tem-se refletido na massiva apresentação de trabalhos nos congressos científicos das áreas, na publicação de artigos resultantes das experiências desenvolvidas e da reflexão sobre eles (FERREIRA, et al, 2012, p.2).

Diante desse quadro avaliativo já realizado, sobre o papel do Pró-Saúde na formação dos profissionais da área de saúde, buscou-se, na presente tese, traçar um desenho que permitisse visualizar a visão discente acerca da formação que estão recebendo nas suas universidades, dentro ou fora do referido programa. Os dados obtidos nessa incursão nos induziram a uma análise reflexiva sobre o cenário atual do Pró-Saúde. A partir das posições dos estudantes cujas respostas nos permitiu obter manifestações sobre o nível de cumprimento das metas e objetivos esperados, na formulação teórica do Pró-Saúde, é possível identificar se a consonância com eixos e vetores do programa, se afastam ou se aproximam da percepção que os discentes estariam tendo das suas experiências acadêmicas efetivas.

Entendendo que a implantação de um programa não se faz automaticamente e que sua implementação exige cuidados e acompanhamento das ações previstas para se chegar ao resultado esperado, propôs-se o presente estudo pra verificar como a implantação do Pró-Saúde no ensino superior mineiro tem sido percebida por seus estudantes.

Trata-se de um processo parceiro, que obtêm informações sobre a situação atual do programa, na perspectiva do discente e ainda propicia a indicação de ações para corrigir debilidades diagnosticadas. Dito isso, passa-se à apresentação dos procedimentos metodológicos usados no trabalho.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio da aplicação de questionários semi-estruturados contendo perguntas abertas e fechadas, a estudantes de IFES mineiras, no ambiente acadêmico dos sujeitos da pesquisa após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0065.0.203.000-10.

2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Composta por discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de IES de Minas Gerais, Brasil.

2.2 AMOSTRAGEM

Os cursos foram selecionados por amostragem não aleatória estratificada com frequência de 100%, e subdivididos nos seguintes grupos amostrais: Grupo I- com participantes do Pró-Saúde I (n= 14); Grupo II- com participantes do Pró-Saúde II (n= 11) e Grupo III- com não participantes do Pró-Saúde (n= 07).

A questão que orientou a amostragem não probabilística relacionou-se à situação em que os sujeitos se encontravam, a saber: todos participavam homogeneamente de uma ação de formação profissional, situação esta que tinha relação direta com o objetivo do presente estudo que é de estarem frequentando um dos três cursos da área da saúde definidos na abordagem inicial (Medicina, Enfermagem e Odontologia) em Escolas que participam ou não do Pró-Saúde. Trata-se assim de uma amostra intencional que como se sabe consiste na escolha de um grupo ou comunidade com características prescritas nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Para Gil (1999, p. 104), a amostra intencional ou por tipicidade: constitui um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. Mas para atender a esse critério é necessário, como ressalta o referido autor, ter um conhecimento considerável da população e dos subgrupos selecionados, conhecimento este que vimos acumulando há algum tempo nas práticas de assessoramento ao Pró-Saúde. Outro aspecto que pautou a nossa escolha por esse tipo de amostragem foi o fato de ela proporcionar baixos custos no processo de seleção.

Para se chegar ao tamanho da amostra, foram efetuados cálculos baseados na fórmula de Barbetta (2002), que destaca a complexidade da definição do tamanho mínimo da amostra por meio do cálculo a seguir.

Sejam:

N é o tamanho (número de elementos) da população;

n é tamanho (número de elementos) da amostra;

n₀ uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e

E₀ erro amostral tolerável.

Segundo Barbetta (2002, p. 58), “um primeiro cálculo do tamanho da amostra pode ser feito, mesmo sem conhecer o tamanho da população, através da expressão”:

$$n_0 = 1 / E_0^2$$

Conhecendo o tamanho N da população pode-se corrigir o indicador anterior, por: $n_0 = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$

O número de elementos da população é representado por N, o número de elementos da amostra por n, em que n₀ representa uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e finalmente E₀ representa o erro amostral tolerável, que, nesta pesquisa, será de 3%, portanto, E₀= 0,03. Com nível de confiança de 97%.

O total de discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia das instituições pesquisadas é aproximadamente: 12.000 alunos.

Utilizando a fórmula de Barbetta (2002) tem-se a seguinte amostra:

$$n_0 = \frac{1}{0,03^2} = 1.111,11 \text{ discentes.}$$

$$n = \frac{12.000 \cdot 1.111,11}{12.000 + 1.111,11} = \frac{13.333.333,33}{13.111,11} = 1.017 \text{ discentes.}$$

$$n_0 = \frac{N \cdot n}{N + n}$$

$$n_0 = \frac{12.000 \cdot 1.017}{12.000 + 1.017} = 937,54 \text{ discentes.}$$

Prevenção de perdas de 10% = 1.031 discentes.

Assim, o total de estudantes a serem pesquisados totaliza 1017 pessoas, corrigindo o indicador, o mínimo é de 938 indivíduos para ser representativa ao nível de 97% de confiança na população de 12.000 discentes e foram pesquisados 1025 alunos, prevenindo perdas. Além disso, utilizou-se da amostra de forma estratificada, ou seja, dividiu-se a população em subgrupos ou estratos, denominados nesta pesquisa de turmas. Aplicou, ao tamanho global de amostra, as percentagens que cada estrato representa na população.

2.3 COLETA DE DADOS

Definiram-se às instituições participantes e aplicou-se o questionário ao número máximo de discentes (fechamento por exaustão: em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis) de cada turma. Em elementos deste universo de forma totalmente aleatória e não especificada, convidou-se no ambiente acadêmico, alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, matriculados em cursos pertencentes às IES particulares participantes do Pró-Saúde e todas às IES públicas deste mesmo estado a participarem da pesquisa.

O primeiro contato com as instituições foi realizado através de convite por correio eletrônico direcionado ao coordenador de curso, enviando uma cópia do projeto e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)-Apêndice A. Em todos os casos em que houve resposta imediata, estabeleceu-se o agendamento do dia e horário da aplicação do questionário (Apêndice B). Caso contrário, procedeu com contato telefônico diretamente com o coordenador.

A seguir, a pesquisadora principal visitou as cidades sedes de cada curso, apresentando-se pessoalmente ao coordenador de curso. Este a direcionava à sala de aula dos alunos, cuja entrevista já havia sido agendada. Após ser apresentada a turma pelo coordenador ou docente responsável, a pesquisadora efetuava a leitura coletiva do TCL, explicando à proposta da pesquisa aos alunos e convidando-os a participar. A seguir processava-se a entrega do TCL e do questionário a todos os discentes.

2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os estudantes responderam um questionário (com questões fechadas e abertas) que tinham como objetivo conhecer a posição que cada um deles tinha acerca do curso de graduação que estavam frequentando. A aplicação do questionário ocorreu em sala de aula, com data definida e com duração de tempo pré-estabelecida (30 a 50 minutos), agendado, previamente conforme disponibilidade da escola e dos estudantes que se dispuseram a participar do estudo. O instrumento continha perguntas quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde, nas atividades do curso e versou sobre categorias analíticas, subdividas em dez variáveis ordinais.

A primeira parte do questionário consistiu de nove questões de múltipla escolha (vetores 1 ao 9). (Quadro 1). Cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III). (Figura 1). A seguir, os estudantes responderam outras dez questões nas quais deveriam marcar se elas eram verdadeiras ou falsas (vetores 1 ao 9 + objetivos). Estas questões continham evidências que comprovavam a situação de estágio III do curso, ou seja, para ser classificado como estágio III, o curso tinham que apresentar as evidências descritas nestas alternativas. Os alunos que não identificassem sua escola em nenhuma das alternativas poderiam escrever, em um espaço disponível ao final de cada pergunta (IV- outras) qual seria a sua opinião quanto à situação de seu curso.

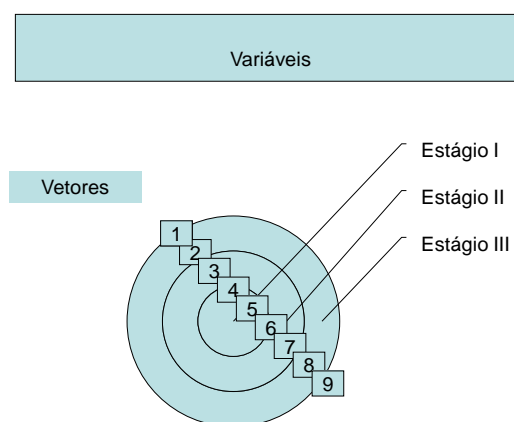
Quadro 2- Modelo de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Vetores	Eixo A - Orientação Teórica	Eixo B - Cenário de Prática	Eixo C - Orientação Pedagógica
1, 2 e 3	Determinantes de saúde e doença	Integração ensino-serviço	Integração ciclo básico e clínico
4, 5 e 6	Pesquisa ajustada à realidade local	Diversificação nos níveis de atenção	Análise crítica dos serviços
7, 8 e 9	Educação permanente	Integração dos serviços escolas/SUS	Aprendizagem ativa

Fonte: BRASIL, 2007a.

Denominou-se de “vetores” as variáveis que classificam o curso segundo o seu estágio de desenvolvimento. Sendo este dividido em três níveis (I, II e III). E chamou-se de “evidências”, as variáveis que, quando presentes, classificam o curso como estágio III, ou seja, fazem dele uma imagem objetivo, para a qual todos os esforços devem se dirigir.

Figura 1 – Vetores e estágios do Pró-Saúde



2.5 ANÁLISE DOS DADOS

2.5.1 Análise quantitativa

Finalizada a coleta de dados, as informações recolhidas pelo questionário foram processadas e digitadas no software Statistical Package for Social Sciences-SPSS 17.0 para posterior análise estatística. Os dados foram dispostos em tabelas e gráficos e analisados estatisticamente. Para a análise, a primeira etapa consistiu em transformar dados brutos em informações úteis e simplificadas para apresentação.

Para obter uma boa visualização de todas as informações necessárias, ao lidar com grandes conjuntos de dados, estes foram agrupados em certo número de classes, intervalos ou categorias. Essa forma de classificação é conhecida como distribuição de frequência, pois apresenta os dados de maneira relativamente compacta, possibilitando uma visualização global, com informações adequadas aos propósitos estabelecidos (COSTA e DOMINGUES, 2007).

A seguir, empregou-se o método de conjuntos difusos para análise dos fatores quantitativos. Segundo essa teoria, cada elemento do universo corresponde a um grau de pertinência dado por um número real. Tornando, a passagem da pertinência a não-pertinência gradual ao invés de simplesmente classificar o elemento como pertencente, ou não, a um único conjunto (FASSINA, 2006).

Assim, determinou-se: 3 graus para os valores que certamente pertencem ao conjunto da imagem objetivo (estágio III), 1 grau para os valores que certamente não pertencem a este conjunto (estágio I), e 2 como grau intermediário para os valores com pertinência ao conjunto imagem objetivo parcial (estágio II).

A lógica difusa admite diferentes graus de pertinência para os valores em relação aos conjuntos, concedendo flexibilidade ao tratamento dos valores a serem analisados. Esse método permite avaliar os resultados mais próximos ao real.

Para fins classificatórios, de um processo de mudança em direção a imagem-objetivo e com base na pontuação obtida no sistema de gradação das mudanças, nos nove vetores estabelecidos, agrupou-se as instituições segundo uma tipologia que procura caracterizar o grau de inovação adotada por cada escola, que indica valores médios para esta tipologia, proposto por CAMPOS, et all em 2001. “A porcentagem de pontos obtidos por determinada instituição está referida a um valor máximo de 100%, que corresponde ao grau máximo de aproximação do “estado da

arte”. ”(CAMPOS et all, 2000, p.58). O esquema proposto é recomendado pelos autores para servir como roteiro no acompanhamento e o apoio de programas voltados ao incentivo da reorientação do modelo de formação das profissões da saúde.

Para as inferências foram utilizados testes estatísticos específicos, sendo assim, possível gerar dois dos artigos, descritos no próximo capítulo desta tese.

2.5.2 Análise qualitativa

Para as questões abertas, foi aplicada, a análise de conteúdo. “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, p. 48, 2011).

No plano metodológico, na análise quantitativa, o que serve de informação é a *frequência* com que surgem certas características. Na abordagem qualitativa é a *presença* ou a *ausência* de uma característica ou de um conjunto de características. Além disso, a análise de conteúdo não é considerada exclusivamente com um alcance *descritivo*, pelo contrário, toma-se consciência de que a sua função ou o seu objetivo é a *inferência*. Que esta inferência se realize tendo por base indicadores de frequência, ou, cada vez mais assumidamente, com ajuda de indicadores combinados, toma-se consciência de que, a partir dos resultados da análise, se pode regressar às causas, ou até descer aos efeitos das características das comunicações (BARDIN, 2011).

Pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais mas complementares, consistam na explicação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que, embora parciais, são complementares. Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e o seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O analista possui a sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou

umentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada. Qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, por meio de operações conducentes a resultados de confiança (BARDIN, p 48-49, 2011).

Dentre as diversas técnicas empregadas para análise das comunicações, conceituadas como análise de conteúdo, optou-se, neste estudo, pela técnica da análise temática, utilizando o tema como unidade de registro, pois o tema se refere a uma unidade maior em torno do qual tiramos à conclusão (MINAYO, 2001).

Minayo (2004, p. 209) relata que “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”

Numa primeira etapa, organizou-se o material a ser analisado por meio da pré-análise, selecionando-se todos os registros e os categorizou conforme os vetores. Durante a análise do material coletado foram construídos quadros para melhor visualização das características de cada vetor. Segundo Minayo (2004) p. 209, “a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.”

Posteriormente, foi feita a exploração do material propriamente dita, que consiste essencialmente na operação de codificação: recorte do texto em unidade de registro (tema), bem como a classificação e agregação dos dados de acordo com as categorias especificadas por temas (MINAYO, 2004).

Com o aprofundamento das leituras, os temas foram sendo agrupados até se chegar ao desenho final das categorias analíticas apresentados na árvore de categorias com os panoramas de análises vetoriais dos trechos significativos.

Segundo Bardin, p. 42, 2011, “a análise categorial, pretende tomar em consideração a totalidade de um “texto”, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a freqüência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.” E finalmente, interpretou-se os resultados obtidos.

Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.... O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adianta interpretações a propósito dos objetivos previstos - ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, p.131, 2011).

3 RESULTADOS

Os 1025 alunos participantes da pesquisa estavam matriculados em 32 cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia de 15 IES, no ano de 2010. Sendo 10 instituições públicas e 5 instituições particulares (Quadro 2).

Quadro 2- População amostral de acordo com o curso e IES

	CURSO	IES PÚBLICA										Sub-total	IES PARTICULAR					Sub-total	Total
		UFJF	UFMG	UFOP	UFSJ	UFTM	UFU	UFV	UFVJM	UNIFAL	UNIMONTES		CUMH	FUNORTE	PUC-BH	PUC-Betim	UNIUBE		
Pró-Saúde I	Enfermagem	x	x						x			03				x		01	04
	Odontologia	x	x				x			x		04			x			01	05
	Medicina	x	x			x	x			x		05						00	05
	Sub-Total											12						02	14
Pró-Saúde II	Enfermagem					x	x			x	x	04	x		x		x	03	07
	Odontologia								x			01		x			x	02	03
	Medicina											00					x	01	01
	Sub-Total											05						06	11
Pró-Saúde N	Enfermagem				x			x				02		x				01	03
	Odontologia									x		01						00	01
	Medicina			x	x							02		x				01	03
	Sub-Total											05						02	07
Total Geral		03	03	02	02	02	03	01	02	02	03	22	01	03	02	02	02	10	32
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora																			
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais																			
UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto																			
UFSJ – Universidade Federal de São João Del Rey																			
UFTM – Universidade Federal do Triangulo Mineiro																			
UFU – Universidade Federal de Uberlândia																			
UFV – Universidade Federal de Viçosa																			
UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri																			
UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas																			
UNIMONTES – Universidade de Montes Claros																			
CUMH – Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix																			
FUNORTE – Faculdade Integradas do Norte de Minas																			
PUC – Pontifícia Universidade Católica																			
UNIUBE – Universidade de Uberaba																			

Três coordenadores encaminharam a decisão de participar ou não da pesquisa para a direção da Faculdade, e outros dois coordenadores encaminharam a deliberação ao Colegiado de Curso, os demais tomaram a decisão de forma independente. Todos os cursos contatados autorizaram a realização da pesquisa. Em três instituições houve necessidade de voltar mais uma vez por desencontro do

horário agendado previamente e a real disponibilidade da turma para participar da pesquisa. Uma instituição após duas tentativas sem sucesso fez-se necessário uma terceira visita.

Ocorreu variação entre o número de alunos participantes por tipo de instituição, por curso e por período (Tabela 1). Apesar disto, o número de participantes foi superior a 75% em todas as turmas, conferindo representatividade do universo pretendido a amostra. É importante destacar que os cuidados com a homogeneidade (obedecer a critérios precisos de escolha dos temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência (documentos adequados ao objetivo do trabalho), foram contemplados.

Tabela 1. Caracterização amostral de 33 cursos de graduação em saúde de 15 IES mineiras, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Não Pró-Saúde n (%)</i>	<i>Pró-Saúde II n (%)</i>	<i>Pró-Saúde I n (%)</i>	<i>P<0,05*</i>
Tipo de IES				<0,001
Pública	196(79,0)	125(31,1)	323(86,1)	
Particular	52(21,0)	277(68,9)	52(13,9)	
Curso de Graduação				<0,001
Enfermagem	81(32,7)	251(62,4)	88(23,5)	
Medicina	95(38,3)	62(15,4)	153(40,8)	
Odontologia	72(29,0)	89(22,1)	134(35,7)	
Período				0,001
Segundo ao Quinto	84(33,9)	155(39,3)	100(26,7)	
Sexto ao Nono	164(66,1)	239(60,7)	275(73,3)	

*C= Pearson Chi-Square

A seguir, apresentaremos quatro artigos de resultados, sendo o artigo I intitulado: Proposta de instrumento de avaliação da reorientação da formação profissional em saúde, na perspectiva do discente; Artigo II, Avaliação discente da reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior mineiras; Artigo III, Palavras e frases de discentes sobre a formação profissional em saúde: análise qualitativa e o artigo IV denominado: Expressões discentes: categorias que adjetivam a formação profissional em saúde.

ARTIGO I

Proposta de instrumento de avaliação da reorientação da formação profissional em saúde, na perspectiva do discente

Resumo

O presente artigo descreve a análise relativa à aplicação de um questionário em uma pesquisa de campo que teve como objetivo captar a percepção que estudantes da área de Enfermagem, Medicina e Odontologia tinham acerca do curso que estavam realizando. A questão era saber se esse instrumento captaria de fato informações significativas sobre a percepção dos estudantes relativa à sua formação. Entretanto, vale esclarecer que esse recorte que ora se apresenta faz parte de um escopo mais amplo de estudos avaliativos que buscam conhecer o impacto que Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) tem exercido na formação dos estudantes de cujas universidades participam dessa proposta. Por isso, uma parte do artigo apresenta-se o contexto histórico em que se surge a Pró-Saúde e suas metas. Em seguida, descreve-se a metodologia, destacando-se que se buscou aplicar o instrumento em duas situações diferentes. Em uma delas, selecionaram-se as IES que haviam aderido ao Pró-Saúde e as IES que não o aderiram. E ainda para evitar viés de contaminação de informações que se acumulam, sobretudo, na primeiro bloco, ou seja, no das IFES que aderiram ao Pró-Saúde, decidiu-se aplicar o questionário a discentes inseridos no curso em dois momentos diferenciados em termos de tempo. E por fim, encerra-se o artigo analisando porque o instrumento se mostrou adequado para gerar informações que podem subsidiar atividades avaliativas dentro do Pró-Saúde.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu art. 200, inciso III, que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete dentre outras funções ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Em 1990, com a institucionalização do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) coloca os serviços de saúde como campos de ensino-aprendizado na assistência, gestão, ensino e pesquisa e fala de uma política para os trabalhadores da saúde que organiza um sistema de formação em todos os níveis de ensino.

O movimento de reforma do ensino médico, posteriormente acompanhado por processo semelhante em algumas outras profissões de saúde, tem início mais efetivo em 1991, com a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), com o objetivo de avaliar a qualidade desse ensino, propor medidas para sanar as deficiências e criar mecanismos permanentes de avaliação. O processo de avaliação da CINAEM teve como principais constatações: (1) insuficiente formação de médicos levando a residência médica a ser incorporada como continuidade natural da graduação; (2) pouco contato do estudante com a população; (3) currículo fragmentado sem inter-relação entre disciplinas, com carga horária excessiva, enfatizando especialidades e ênfase nas patologias; (4) professor como “repassador” de informações e as anotações no caderno como principal meio de estudo para avaliações; (5) falta de preparo dos docentes para lidar com novas metodologias de ensino-aprendizagem (SILVA et al, 2008, P.28).

Em 2000, as diretrizes curriculares para cursos de graduação, definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, apontam para a necessidade de currículos integrados. De modo geral, essas diretrizes orientam para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo. As novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, aprovadas em 2001, e de Odontologia em 2002, consideram que a formação destes profissionais deve ter por objetivo dotá-los de conhecimentos para adquirir competências e habilidades gerais e específicas.

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), instituído em 2002 foi o inspirador para o surgimento do Pró-Saúde. Inspirado no PROMED, o Pró-Saúde I, abrangeu também as escolas de Enfermagem e Odontologia.

Considerando a necessidade de um novo modelo de prática profissional e de mudanças na formação dos profissionais de saúde, é lançada em 2005, a portaria interministerial nº 2.118, que institui parceria entre o Ministério da Educação e

Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. A integração das políticas ministeriais entre o MEC e MS denota a articulação entre ações e procedimentos que levem em consideração os objetivos comuns capazes de induzir mudanças previstas nestas políticas (BRASIL, 2007a). Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, denominando-o de Pró-Saúde II (SILVA et al, 2008).

O processo de avaliação, que induz a análise reflexiva sobre o cenário atual dos mesmos, obtém manifestações sobre o nível de cumprimento das metas e objetivos dos cursos em consonância com os eixos e vetores do Pró-Saúde, assim como propicia a indicação de ações para corrigir possíveis debilidades internas, quando diagnósticas. Neste sentido, este pretende realizar a validação do instrumento de coleta de dados para realização de pesquisa avaliativa sobre Pró-Saúde com discentes, dado que a sistematização dos achados foi objeto de outro texto.

Metodologia

Trata-se de pesquisa, desenvolvida por meio da aplicação de questionários com questões abertas e fechadas, aplicados no ambiente acadêmico dos sujeitos da pesquisa após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0065.0.203.000-10.

A população em estudo foi formada por discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de IES mineiras. Os cursos foram subdivididos nos seguintes grupos amostrais selecionados por amostragem não aleatória estratificada com frequência de 100%: Grupo I- Cursos participantes do Pró-Saúde I (n= 14); Grupo II- Cursos participantes do Pró-Saúde II (n= 11) e Grupo III- Cursos não participantes do Pró-Saúde (n= 07). Dado o tipo de participação ou não de cada grupo ao Pró-Saúde, a hipótese que orientou o teste era a afirmação que os três grupos possuem funções de distribuições diferentes. Ou seja, apostava-se na hipótese de que haveria diferença entre eles.

De forma totalmente aleatória e não especificada, foram convidados no ambiente acadêmico, alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, para participar do estudo. Estes deveriam estar matriculados em cursos pertencentes à IES particulares de Minas Gerais participante do Pró-Saúde ou IES públicas do estado de MG.

Atribui-se como critério de exclusão o não comparecimento do discente no dia da aplicação do questionário ou o aluno que se recusou a participar da pesquisa.

Os alunos responderam ao questionário, emitindo opiniões o seu curso de graduação. A aplicação de questionário semi-estruturado aos discentes processou-se em sala de aula, com data definida e prazo pré-estabelecido, agendado previamente conforme disponibilidade da escola e dos sujeitos da pesquisa. O instrumento continha perguntas quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde, nas atividades do curso e sobre categorias analíticas, subdivida em variáveis com nível de medida ordinal.

Denominou-se de “vetores” as variáveis que classificam o curso segundo o seu estágio de desenvolvimento. Sendo este dividido em três níveis (I, II e III). E chamou-se de “evidências”, as variáveis que, quando presentes, classificam o curso como estágio III, ou seja, fazem dele uma imagem objetivo, para a qual todos os esforços devem se dirigir.

A primeira parte do questionário constou de nove questões de múltipla escolha (vetores 1 ao 9). Cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III). A seguir o aluno respondeu dez questões de marcar como verdadeira ou falsa (vetores 1 ao 9 + objetivos). Estas questões contem evidências que comprovavam a situação de estágio III do curso, ou seja, para ser classificado como estágio III, o curso tem que apresentar as evidências descritas nestas alternativas. Caso o aluno não identificasse sua escola em nenhum das alternativas, ele poderia descrever a sua própria opinião quanto à situação de seu curso na questão aberta complementar a cada questão (IV- outras).

Finalizada a coleta de dados, as informações recolhidas pelo questionário foram processadas e digitadas no software Statistical Package for Social Sciences-SPSS 17.0. Em seguida, realizou-se análises descritivas e inferenciais, descritas abaixo:

Para a análise estatística foram excluídas as respostas abertas questão (IV). Para se medir a dispersão entre as variáveis ordinais, foi usado o teste do qui-quadrado (χ^2) conectado ao teste de Associação de Tendência Linear que permitiu avaliar se na associação entre as variáveis havia uma tendência linear crescente. Na construção da tabela, inseriram-se as variáveis “estágios dos vetores” nas colunas, ordenadas do menor para o maior e as variáveis “evidências” nas linhas, para analisar a associação entre a classificação do estágio correspondente ao vetor e a identificação da presença de evidências que caracteriza o curso em estágio III (Imagem-Objetivo).

A seguir, as variáveis “evidências” foram transformadas de nominal dicotômica (Falsa e Verdadeira) para quantitativa discreta (0 e 1, respectivamente) e somadas por vetores para a realizar o “Coeficiente de Correlação de Spearman”, este último foi utilizado para avaliar a força da associação entre as variáveis ordinais (estágios I, II e III) e as quantitativas.

Resultados

A distribuição da população estudada foi de: 71,9% do sexo feminino e 28% do sexo masculino. Entre os sujeitos da pesquisa 75% tinham idade entre 20 e 24 anos e 15,5% entre 25 e 29 anos. Quanto à renda familiar 51,4% relataram entre 3 a 10 salários mínimos e 21,2% renda familiar de 10 a 20 salários mínimos. Em relação às estas características não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos amostrais.

A análise dos resultados obtidos no teste do quiquadrado (Teste de Tendência Linear) buscou medir se as respostas dos estudantes, em relação às freqüências dicotômicas da segunda parte do questionário, se aproximava ou se afastava das freqüências ordinais de respostas destes mesmos estudantes referente a primeira parte do questionário, chegou-se a resultados significativos. Com intervalo de confiança de 95%, dentre as 31 evidências avaliadas, o teste foi significativo, para 21(67,7%) das evidências identificadas pelos alunos de cursos não participantes do Pró-saúde, 29(93,5%) evidências dos cursos do Pró-Saúde II, e 23(74,2%) do Pró-Saúde I, sendo dentre estes altamente significativos, com p-valor

<0,001 para (15, 23 e 19 evidências), respectivamente (Tabela 1). E o teste de Spearman, identificou correlação positiva entre os vetores e os postos da soma das evidências. (Tabela 2)

As análises indicam que existe uma tendência significativa do aluno a classificar o curso como estágio mais avançado à medida que ele identifica mais evidências da imagem-objetivo como verdadeiras para seu curso.

Tabela 2- Estágio de inserção em Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em IES mineiras, 2010

<i>Vetores</i>	Spearman ** (p)*
EIXO A - ORIENTAÇÃO TEÓRICA	
1- Determinantes de saúde e doença	+0,238(<0,001)
2- Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS	+0,263(<0,001)
3- Pós-graduação e educação permanente	+0,202(<0,001)
EIXO B – CENÁRIOS DE PRÁTICA	
4- Interação ensino serviço	+0,301(<0,001)
5- Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem	+0,327(<0,001)
6- Articulação dos serviços universitários com o SUS	+0,270(<0,001)
EIXO C – ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	
7- Análise crítica da atenção básica	+0,219(<0,001)
8- Integração do ciclo básico/ciclo profissional	+0,460(<0,001)
9- Mudança metodológica	+0,465(<0,001)

Significativo *p< 0,05 **Correlation is significant at the 0.01 level (2tailed)

Discussão

A capacidade de medir os estágios de desenvolvimento do curso de acordo com a presença de evidências identificada pelos alunos, influência nos resultados da classificação do vetor quanto ao estágio. Os cursos que participam do Pró-Saúde II obtiveram maior número de evidências com Tendência Linear significativa do que os cursos que participam do Pró-Saúde I, seguidos dos cursos que não participam do referido programa. A associação positiva entre o nível escalar ordinal da variável vetor para com a presença das evidências mostra que os discentes classificaram os estágios dos vetores de acordo com a presença de evidências, obtendo melhor classificação o curso que apresentou maior quantidade de evidências, em tendência linear crescente.

Conclusão

Dado os resultados acima citados, conclui-se que o instrumento de coleta de dados foi adequado para captar nas respostas dos questionários, os estágios de desenvolvimento do curso, uma vez que foi possível identificar que os discentes classificam o estágio dos vetores de acordo com a existência de evidências. Assim, o instrumento proposto pode ser recomendado para avaliações discentes do programa.

Referências bibliográficas

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10.

BRASIL, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, 37p.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, 38p.

BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília: Senado Federal,1998.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases (LDB).** Lei n 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Educação e o Trabalho na Saúde: a Política e suas ações.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Brasília – DF. Jan./ 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Gestão da Educação na Saúde.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261 Acesso em: 06 maio 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges/ Sgtes/ MS. Brasília – DF, 09 de agosto, 01 -11, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013 Acesso em: 06 maio 2009b.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **O SUS e a formação de recursos humanos em saúde.** Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS)**, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; OLIVEIRA, Marilda Siriani de; SILVA, Silvio Fernandes da; LIMA, Valéria Vernaschi. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.** Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2008. 28p.

ARTIGO II

Avaliação discente da reorientação da formação profissional em saúde em instituições de ensino superior mineira

Resumo

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) é uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação que se encontra em fase de implantação e necessitando de monitoramento contínuo, que subsidie a avaliação do programa. O objetivo do presente estudo é avaliar a implementação do Pró-Saúde nas Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Minas Gerais. Para tanto, foram aplicados questionários a discentes focadas nos eixos de Orientação Teórica, Pedagógica e nos Cenário de Prática. Identificou-se estágios de inovação avançada de mudança na maioria dos cursos, entretanto, esta reorientação não se aplica isoladamente ao programa, pois, alunos de cursos participantes do Pró-Saúde I atribuíram avaliação inferior ao seu curso, considerando a imagem objetivo do programa do que os alunos de cursos não participantes de Pró-Saúde e daqueles que participam do Pró-saúde II. Pretende-se que este estudo gere informações que possam subsidiar as próximas atividades do programa.

Introdução

Examinando a documentação que tem fundamentado o debate e, de certa forma, as políticas de formação de profissionais da área da saúde no Brasil percebe-se que persiste a necessidade de transformação nos procedimentos formativos tal qual foi apontada em 2004 no documento normativo que destacava que entre essas necessidades reforça-se a “de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira” (BRASIL, 2004, p. 3).

Um dos programas pioneiros de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde foi o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), instituído em 2002. A constatação de alguns aspectos positivos com sua implantação contribui para o surgimento do Pró-Saúde. O Pró-Saúde I, abrangeu também as escolas de Enfermagem e Odontologia. Em 2007, foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, denominando-o de Pró-Saúde II (SILVA et al, 2008).

O Pró-Saúde como estratégia de reorientação da atenção básica e do modelo de atenção à saúde no país, incentiva a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede do Sistema único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação.

A avaliação da implementação do Pró-Saúde tem por objetivo favorecer um processo que possa produzir resultados ajustados à realidade de cada escola. Para tanto esta pesquisa propõe uma avaliação integral das instituições pelos estudantes, trata-se de uma avaliação externa no sentido de atuar como um parceiro no processo, facilitando o diálogo com os diversos atores que promovem o programa e entre as diversas escolas.

Neste sentido, este estudo além de avaliar a implementação Pró-Saúde nas IES mineiras, propõe-se a identificar os estágios do cenário atual de cumprimento

das metas correspondentes a cada vetor em consonância com os eixos do Pró-Saúde.

Metodologia

Trata-se de pesquisa desenvolvida por meio da aplicação de questionários com questões abertas e fechadas, aplicados no ambiente acadêmico dos sujeitos da pesquisa após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0065.0.203.000-10.

A população em estudo foi formada por discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de IES mineiras. Os cursos foram subdivididos nos seguintes grupos: Grupo I- Cursos participantes do Pró-Saúde I (n= 14); Grupo II- Cursos participantes do Pró-Saúde II (n= 11) e Grupo III- Cursos não participantes do Pró-Saúde (n= 07). Dado o tipo de participação ou não de cada grupo ao Pró-Saúde, a hipótese que orientou o teste era a afirmação que os três grupos possuem funções de distribuições diferentes. Ou seja, apostava-se na hipótese de que haveria diferença entre eles.

De forma totalmente aleatória e não especificada, convidou-se no ambiente acadêmico, alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, matriculados em cursos pertencentes a IES particulares de Minas Gerais participante do Pró-Saúde e à IES públicas do estado de MG.

Atribui-se como critério de exclusão o não comparecimento do discente no dia da aplicação do questionário ou o aluno que se recusou a participar da pesquisa.

Os alunos responderam ao questionário, emitindo opiniões o seu curso de graduação. A aplicação de questionário aos discentes processou-se em sala de aula, com data definida e prazo pré-estabelecido, agendado previamente conforme disponibilidade da escola e dos sujeitos da pesquisa. O instrumento continha questionamentos quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde, nas atividades do curso e sobre categorias analíticas, subdivididas em variáveis com nível de medida ordinal.

Denominou-se de “vetores” as variáveis que classificam o curso segundo o seu estágio de desenvolvimento. Sendo este dividido em três níveis (I, II e III). E chamou-se de “evidências”, as variáveis que, quando presentes, classificam o curso

como estágio III, ou seja, fazem dele uma imagem-objetivo, para a qual todos os esforços devem se dirigir até o completo estado de “Transformação”.

A primeira parte do questionário constou de nove questões de múltipla escolha (vetores 1 ao 9). Cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III). A seguir o aluno respondeu dez questões de marcar como verdadeira ou falsa (vetores 1 ao 9 + objetivos). Estas questões continham evidências que comprovavam a situação de estágio III do curso, ou seja, para ser classificado como estágio III, o curso teria que apresentar as evidências descritas nestas alternativas. Caso o aluno não identificasse sua escola em nenhuma das alternativas, ele poderia descrever qual a sua própria opinião quanto à situação de seu curso na questão aberta complementar à cada questão (IV- outras).

Finalizada a coleta de dados, as informações recolhidas pelo questionário foram processadas e digitadas no software Statistical Package for Social Sciences-SPSS 17.0. Em seguida, foram processadas análises descritivas e inferenciais.

Para fins classificatórios, em um processo de mudança em direção à imagem-objetivo e com base na pontuação obtida no sistema de gradação das mudanças, nos nove vetores estabelecidos, foi possível agrupar as instituições segundo uma tipologia que procura caracterizar o grau de inovação adotada por cada escola, conforme quadro 4, que indica valores médios para esta tipologia, proposto por CAMPOS, et al (2000). “A porcentagem de pontos obtidos por determinada instituição está referida a um valor máximo de 100%, que corresponde ao grau máximo de aproximação do “estado da arte””(CAMPOS et al, 2000, p.58). O esquema proposto é recomendado pelos autores para servir como roteiro no acompanhamento e o apoio de programas voltados ao incentivo da reorientação do modelo de formação das profissões da saúde.

Quadro 4 – Valores médios para a tipologia vetores do modelo de reorientação da formação profissional em saúde

Pontuação	Tipologia	% avanço
0-10	Tradicional	35
11-15	Inovação Incipiente	47
16-20	Inovação Parcial	64
21-24	Inovação Avançada	84
25-27	Transformação	96

Fonte: CAMPOS, et al, 2000.

Para conhecer o perfil amostral foi realizada análise descritiva simples e para as inferências testes estatísticos específicos, descritos abaixo:

Para a análise estatística foram excluídas as respostas abertas (questão IV). Na construção das tabelas, foi realizado inicialmente o qui-quadrado com teste de correlação de Pearson. A seguir, as variáveis “vetores”, foram transformadas de ordinais para quantitativas discretas, sendo que, os estágios I, II e III receberam pontuação de 1, 2 e 3, respectivamente. Esta pontuação foi somada, separadamente por variável, por eixo (A, B e C) e por total geral. Para as variáveis objetivos e evidências, foram atribuídos um ponto a cada alternativa marcada como verdadeira, transformando-a de nominal dicotômica para quantitativa. Após a realização do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, foram realizados o teste de Kruskal-Wallis e como pós teste para populações de duas amostras foi realizado Mann-Whitney U.

Resultados

A pesquisa foi realizada em 15 instituições situadas em 11 cidades, sendo 167 (16,3%) alunos matriculados em escolas localizadas nas regiões norte e nordeste do estado, 190 (18,5%) na região sul, 283 (27,6%) na região do triângulo mineiro e 385 (37,6%) pertencentes à região metropolitana.

Na análise dos dados da tabela 3, os três grupos amostrais foram classificados na tipologia “Inovação Avançada”. O teste de Kruskal-Wallis identificou diferença significativa ($p = 0,006$) entre os grupos, e o Teste de Mann-Whitney demonstrou que esta diferença está entre o grupo que participa do Pró-Saúde I e os demais, tendo este o menor escore na resposta dos estudantes.

Tabela 3- Participação em Pró-Saúde (Enfermagem, Odontologia, Medicina) nas IES mineiras, 2010.

	<i>Mann-Whitney U</i>			<i>Kruskal-Wallis</i>
	Mediana (Q ₃ -Q ₁)			
<i>Participação em pró-saúde</i>	I	II	Não	$p < 0,05$
Soma dos vetores 1 a 9	21(7)A	22(5)B	22(5)B	0,006

No teste de *Kruskal-Wallis* e no *Pós-teste de Mann-Whiting* não foram encontradas diferenças nas variáveis sexos, faixa etária e renda familiar. No quesito atendimento aos objetivos do Pró-Saúde quem identificou maior presença de atendimento aos objetivos foram os seguintes grupos de alunos: a) matriculados no curso de medicina, apresentando mediana de pontuação de 5 (1,40) p-valor 0,014, b) os matriculados nos primeiros períodos (2^a a 5^a) com 5(1,25) e p-valor 0,045, e c) os matriculados no turno vespertino 5(1,39) p-valor 0,019. Estes últimos contam com 29 (100%) dos alunos matriculados em cursos que integram o Pró-Saúde II. Os demais obtiveram mediana de 4 pontos.

Quando aplicados os testes descritos acima as variáveis “vetores” por características dos cursos, a tipologia predominante identificada é de “Inovação Avançada”. Os alunos das instituições privadas com mediana de 22(4,04) p 0,002 e os alunos dos primeiros períodos (2^a a 5^a) com mediana de 22(3,52) p 0,001, foram os que atribuíram melhor desenvolvimento ao curso, foram esses também que refletiram o melhor resultado na análise das variáveis “evidências”: Pública 20(5,78) e Privada 23 (5,73) p<0,001; Segundo ao Quinto 22(4,80) e Do sexto ao nono 20(6,27) p 0,037.

Na análise da tabela 4, identifica-se, na aplicação do Teste de Pearson com intervalo de confiança de 95%, ausência de diferença significativa somente nos vetores: 2- Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS, 7- Análise crítica da atenção básica e 9- Mudança metodológica.

Na participação em Pró-Saúde (Teste de Tendência Linear com intervalo de confiança de 95%) em apenas um dos objetivos não existe uma tendência significativa, estando presente em todos os demais, a correlação linear decrescente.

O teste de *Kruskal-Wallis*, em nível de 0,05, só não encontrou diferença significativa no Eixo A. E o teste de Mann- Mann-Whitney U identificou diferença significativa entre os cursos participantes do Pró-saúde I para com os participantes do Pró-saúde II nas variáveis Soma dos Vetores_1 a 9 e Eixo C e; entre os cursos participantes do Pró-Saúde II e os não participantes do Pró-Saúde, nas variáveis Soma dos Objetivos do Pró-Saúde e Eixo B.

A maioria dos alunos classificou os cursos como estágio III, sendo que os melhores desempenhos foram nos vetores 1 (Determinantes de saúde e doença) e 2 (Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS). Quase a totalidade dos cursos foram classificados no estágio III do Vetor 1. Nos vetores 2 e 4 (Interação ensino serviço) a maioria dos cursos foram classificados como estágio III, seguidos do estágio II.

Nos vetores 5 (Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem), 6 (Articulação dos serviços universitários com o SUS), 7 (Análise crítica da atenção básica) e 8 (Integração do ciclo básico/ciclo profissional) aproximadamente metade dos alunos classificaram estes vetores como estágio III. Já os vetores 3 (Pós-graduação e educação permanente) e 9 (Mudança metodológica) foram classificados no estágio III por menos da metade dos alunos pesquisados. Os vetores 8, 3, 5 e 9 em ordem crescente, foram os mais identificados pelos alunos como estágio I.

T

Tabela 4- Análise da inserção em Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em IES mineiras, 2010.

Vetor - N total (N validos) Missing	Não Pró-Saúde <i>Mediana(Q₃,Q₁)</i> n (%)	Pró-Saúde II <i>Mediana(Q₃,Q₁)</i> n (%)	Pró-Saúde I <i>Mediana(Q₃,Q₁)</i> n (%)	Chi-Square	Kruskal-Wallis P<0,05
EIXO A - ORIENTAÇÃO TEÓRICA	7(3)B	8(2)B	8(2)B		0,090
1- Determinantes de saúde e doença				0,001 ^c	
1025 (1004) 2					
Estágio I	14(5,7)	17(4,3)	41(11,3)		
Estágio II	13(5,3)	18(4,5)	25(6,9)		
Estágio III	217(88,9)	361(91,2)	298(81,9)		
2- Produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS				0,564 ^c	
1025 (995) 2					
Estágio I	3(1,3)	11(2,8)	6(1,7)		
Estágio II	29(12,2)	57(14,4)	52(14,4)		
Estágio III	206(86,6)	327(82,2)	304(84,0)		
3- Pós-graduação e educação permanente 1025 (866) 25				0,004 ^c	
Estágio I	41(22,8)	77(21,8)	42(12,7)		
Estágio II	58(32,2)	145(40,7)	139(42,1)		
Estágio III	81(45,0)	134(37,6)	149(45,2)		
EIXO B – CENÁRIOS DE PRÁTICA	8(2)A	8(3)B	7(3)B		0,003
4- Interação ensino serviço 1025 (987) 8				<0,001 ^c	
Estágio I	3(1,3)	15(3,8)	17(4,8)		
Estágio II	50(20,8)	98(25,1)	107(30,0)		
Estágio III	187(77,9)	277(71,0)	233(65,3)		
5- Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem 1025 (969) 10				<0,001 ^c	
Estágio I	53(23,1)	116(29,6)	140(40,2)		
Estágio II	19(8,3)	71(18,1)	49(14,1)		
Estágio III	157(68,6)	205(52,3)	159(45,7)		
6-Articulação dos serviços universitários com o SUS 1025 (947) 12				0,002 ^c	
Estágio I	7(3,1)	35(9,7)	14(3,9)		
Estágio II	85(37,1)	134(37,2)	128(35,8)		
Estágio III	137(59,8)	191(53,1)	216(60,3)		
EIXO C – ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA	7(2)B	7(2)B	6(3)A		<0,001
7- Análise crítica da atenção básica				0,309 ^c	
1025 (1003) 8					
Estágio I	21(8,8)	34(8,6)	25(6,8)		
Estágio II	80(33,6)	157(39,6)	154(41,7)		
Estágio III	137(57,6)	205(51,8)	190(51,5)		
8- Integração do ciclo básico/ciclo profissional 1025 (995) 8				<0,001 ^c	
Estágio I	33(13,8)	41(10,4)	134(36,9)		
Estágio II	69(28,9)	125(31,8)	113(31,1)		
Estágio III	137(57,3)	227(57,8)	116(32,0)		
9- Mudança metodológica				0,311 ^c	
1025(979)8					
Estágio I	80(34,0)	130(33,6)	140(39,2)		
Estágio II	72(30,6)	113(29,2)	109(30,5)		
Estágio III	83(35,3)	144(37,2)	108(30,3)		
Soma dos Vetores de 1 a 9	22(5)B	22(5)B	21(7)A		0,006

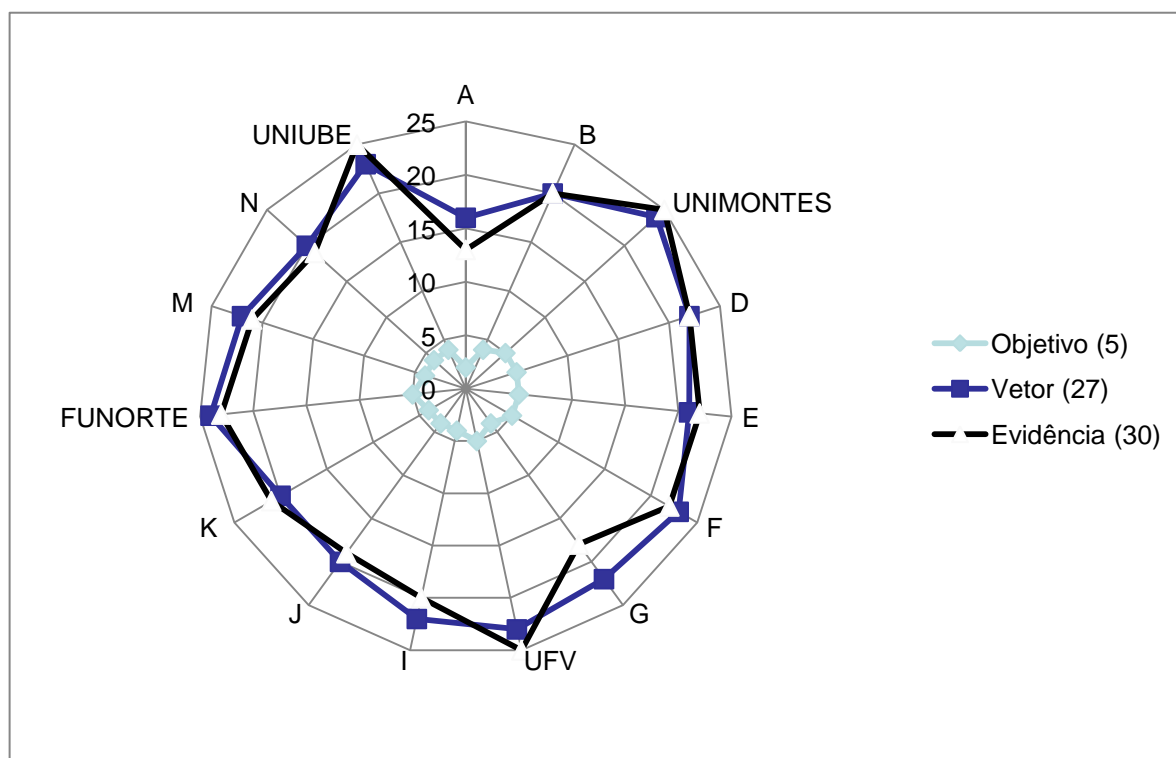
Chi-Square / L = Linnear by linear association K=Kruskal-Wallis / Mann-Whiting U letras diferentes indicam # significante (A,B)

A soma da pontuação classifica a tipologia geral como “Inovação Avançada”, sendo que os cursos participantes do Pró-Saúde I obtiveram desempenho inferior aos demais. Analisando separadamente por Eixo, encontra-se esta diferença de desempenho dos cursos participantes do Pró-Saúde I nos eixos B e C, sendo que no Eixo C o Pró-Saúde I é classificável como tipologia de “Inovação Parcial”. Ao fragmentá-los, identifica-se que a diferença de desempenho é altamente significativa nos vetores 4,5 e 8; e se avaliado o eixo A fragmentado, também é encontrada esta diferença no vetor 1. Os cursos participantes do Pró-Saúde I só obtiveram melhor desempenho que os demais cursos nos vetores 3 e 6. Apesar disso, é importante destacar que dos 1025 pesquisados, 134 alegando principalmente ausência de conhecimento e/ou oferta de pós-graduação e 66 alunos, inexistência de hospital universitário, optaram pela questão aberta (IV).

Já os cursos participantes do Pró-Saúde II, comparados aos demais, obtiveram melhor desempenho isoladamente no vetor 1. Nos vetores 4 e 5 e no atendimento aos objetivos do programa, quem obteve o melhor desempenho foram os cursos não participantes do Pró-Saúde.

Na figura 2, os alunos atribuíram uma pontuação de 0 a 5 para as variáveis “objetivo”. De 0 a 27 pontos para a variável “vetor”. E de 0 a 31 para a variável “evidência”. Obteve uma mediana de pontuação de 4 a 5 pontos à variável “Objetivo”, exceto o curso “A” e uma mediana que variou de 16 a 24, quanto à variável “Vetor”. A tipologia de cinco cursos foi classificada como de “Inovação Parcial” e os demais em “Inovação Avançada”. Oscilou de 13 a 25 a mediana da variável “Evidência”. Com diferença altamente significativa entre os cursos a pior mediana de avaliação é da instituição “A”. E no ranqueamento, obtiveram os melhores resultados as seguintes instituições UNIMONTES, UFV, FUNORTE e UNIUBE. Sendo a primeira uma IES Estadual localizada na região Norte do estado, a segunda uma IES Federal localizada na Zona da Mata Mineira, a terceira uma instituição particular localizada no norte do estado e a quarta pertencente a uma instituição particular, localizada na região do Triângulo Mineiro.

Figura 2- Avaliação discente quanto às variáveis Objetivo, Vetor e Evidência do Pró-Saúde nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia do estado de Minas Gerais, 2010.



Kruskal- Wallis $p < 0,001$

Discussão

De acordo com a percepção dos discentes, a maioria dos cursos se encontra na tipologia de “Inovação Avançada”. Entretanto, cinco cursos ainda são classificados como “Inovação Parcial” e nenhum, no olhar dos discentes, atingiu com plenitude a Imagem-Objetivo “Transformação”.

A construção da qualidade resume-se em três compromissos: *fazer bem o que se está fazendo mal*, o que significa introduzir sistemas de diagnóstico do funcionamento dos diversos setores para identificar seus pontos fortes e fracos; *fazer melhor o que se está fazendo bem*, o que implica um plano estratégico de qualificação e desenvolvimento institucional capaz de ir consolidando e sustentando as realizações obtidas; e *fazer o que não se está fazendo e fazê-lo bem*, isto é, incorporar dispositivos que facilitem e tornem possíveis inovações e processos de crescimento sistemáticos (BRASIL, 2006b, p.165).

Haddad e colaboradores em 2012 analisaram 186 artigos apresentados para publicação em dois números especiais da Revista Brasileira de Educação Médica (Rbem), e somada a centenas de trabalhos sobre o tema que têm sido apresentados

em congressos científicos e artigos já publicados neste mesmo veículo e em outros. Esses autores afirmam que é possível evidenciar resultados e experiências enriquecedoras e singulares como consequência do amplo engajamento e ação articulada das universidades com os serviços e os gestores do SUS e com os usuários do sistema, por meio da participação dos conselhos de saúde nas Comissões Gestoras Locais de acompanhamento dos projetos do Pró-Saúde (HADDAD, et al, 2012).

Editorando a publicação especial da Rbem citada acima, Ferreira e colaboradores, 2012 p.4 opinião:

No caso em tela, consideramos as opiniões emitidas pelos trabalhos apresentados como uma evidência importante da força indutiva da presente experiência educacional que vem sendo promovida pelo governo brasileiro, resultando em uma boa indicação do sucesso dessa programação e favorecendo a sua continuidade e permanente aperfeiçoamento.

Fazendo um recorte para Minas Gerais, podemos citar a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) como exemplo de experiência das contribuições do Pró-Saúde:

O Pró-Saúde potencializou os esforços que vinham sendo implementados com o objetivo de promover a mudança da matriz curricular na FO-UFMG. No caso específico da disciplina de CSAS, houve um fortalecimento das ações e motivação dos professores com pronta resposta de parte da Coordenação de Saúde Bucal do Município de Belo Horizonte. A abertura dos novos cenários de prática para a disciplina foi pactuada no contexto e desdobramentos do Pró-Saúde, incluindo a realocação e aquisição de equipamentos para os cenários do Estágio Supervisionado do nono período do curso. Outro avanço importante foi à mudança da disciplina de CSAS do segundo para o primeiro período da nova matriz curricular, atendendo à expectativa de inserção dos estudantes na prática desde o início da formação. Mais imediatamente, a experiência da disciplina de CSAS servirá de parâmetro na organização e planejamento de outros conteúdos vinculados à saúde coletiva a serem incluídos na formação profissional (PALMIER, et al, 2012 p.156).

Levantamos aqui a seguinte hipótese: os resultados encontrados poderiam ter sido influenciados pelo fato de que os alunos de instituições privadas e os alunos de primeiros períodos poderiam ter tido menor rigor ao classificar o curso. Isto podendo ser justificado pela possibilidade de orientação prévia aos alunos das instituições particulares em vistas aos interesses mercantilistas destas e o próprio desconhecimento quanto ao desfecho de avaliação em relação aos alunos iniciantes nos cursos. Entretanto, descartamos esta possibilidade porque foi identificado, que é na amostra dos cursos que participam do Pró-Saúde II, que se encontram,

proporcionalmente, a maioria dos alunos matriculados nos primeiros períodos (2^a a 5^a) e em instituições particulares. E ainda, foram os alunos que participam do Pró-Saúde II os que apresentarem a maior capacidade assertiva de medir a associação vetor/evidência (data not shown).

Um estudo do processo de educação médica no Brasil, realizado entre 2004 e 2007, onde foi aplicado um questionário a 318 alunos de seis cursos de medicina: dois cursos participantes (159 alunos) e quatro não participantes (159 alunos) do Promed, em três diferentes estados da federação, aponta dentre outros resultados que:

Com relação à questão se o curso adota as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, observou-se, ao contrário do que se imaginava, que 40,2% de alunos Promed e 60,3% de alunos não Promed informam que seu curso as adota, pelo menos em parte, o que pode nos indicar que outros programas de mudanças, além do Promed, estão sendo adotados por estes cursos e sabe-se que na escola privada há maior facilidade e disposição para mudanças do que em escolas públicas. Isso nos leva a propor uma investigação mais acurada sobre que outras iniciativas de mudanças identificadas com as Diretrizes Nacionais Curriculares estão ocorrendo em cursos de graduação da Medicina. E quais suas estratégias? Quais seus resultados? (OLIVEIRA et al, 2007, p. 103).

Comparando os grupos de discentes participantes e não participantes do Promed, o estudo ainda encontrou que:

Segundo os alunos, somente em cerca de 13%, nos cursos Promed, e em torno de 20%, nos cursos não Promed, se discute a política de saúde durante todo o curso, desde o primeiro ano, e a predominância de alunos que pretendem ser especialistas, ao contrário do que se esperava, é maior em cursos Promed (75,9%), do que em cursos não Promed (68,7%). Só uma minoria -cerca de um quarto dos alunos-, tanto dos cursos Promed como nos cursos não Promed-, pretende trabalhar em Saúde Pública. Por outro lado, 63,5% dos alunos Promed e 65,4% dos alunos não Promed tendem a escolher, concomitantemente, vínculos públicos e privados para atuarem, quando formados. (...) Na análise das diferentes respostas dos alunos, constatou-se, nessas escolas pesquisadas, que os estudantes apresentam opiniões bastante diversas, tanto na comparação de cursos Promed com cursos não participantes do Promed, quanto na comparação de cursos participantes do Promed entre si, ou não participantes do Promed entre si. Assim, pode-se pensar que muitos outros fatores estão contribuindo para influenciar o processo de mudanças na educação médica, como para a definição do perfil e da qualificação do médico (OLIVEIRA et al, 2007, p. 113).

Mediante o citado acima, optamos por justificar nossos achados considerando o fato de que os cursos participantes do Pró-Saúde I, embora sejam justamente os cursos que têm o maior tempo de programa em desenvolvimento são também, aqueles cuja amostragem populacional é composta por cursos mais

antigos (92,86%), ou seja, chamados cursos “tradicionais”, implantados antes das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Na mesma época em que o Pró-Saúde foi instituído, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, em parceria com o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e com docentes e pesquisadores vinculados a universidades das diferentes regiões do País, realizou um estudo sobre a aderência dos cursos de graduação às DCN. O estudo teve um recorte que envolveu os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. [...] O estudo realizado mostrou que embora as DCN, instituídas em 2001 para Enfermagem e a Medicina e em 2002 para a Odontologia, já estivessem retratadas nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação criados após essas datas, a sua implementação ainda não havia se efetivado na prática (HADDAD, et al p.3).

É importante ressaltar que além da avaliação do PROMED as avaliações periódicas de desenvolvimento do Pró-Saúde I contribuíram para a reformulação da proposta do Pró-Saúde II, além disso, dos 14 cursos contemplados no edital do Pró-saúde I, 13 deles são cursos mais antigos, com conceitos tradicionais impregnados em seu Projeto Político Pedagógico. Apesar do Pró-Saúde I enquanto indutor de mudanças ter maior tempo de desenvolvimento, início em 2005, dois dos onze cursos participantes do Pró-Saúde II e seis dos setes cursos não participantes de Pró-Saúde foram criados a partir da reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

É possível considerar que as DCN representam a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da proposição de mudanças no cenário da formação profissional em saúde, o que evidencia a centralidade que as mudanças curriculares têm apresentado no que diz respeito às críticas e às políticas sobre o trabalho e a formação profissional em saúde (PEREIRA e LAGES, 2013, p.325).

Assim sendo, talvez a explicação para a diferença encontrada entre os grupos possa ser justificada pela implementação mais efetiva das diretrizes em cursos novos, uma vez que para os cursos tradicionais trata-se de um processo de mudança realizado de forma gradativa.

Realizando uma análise dos cursos tradicionais, encontramos na literatura as seguintes concepções de Melo e Almeida, 2004, p.98:

As possibilidades de mudanças são concretas mas ainda na dependência de que se extrapole o campo da graduação e adentre nas capacitações institucionais e na pós-graduação *stricto sensu*. Estes aspectos podem significar a possibilidade de se proporcionar instrumentos adequados para os educadores que por formação desconhecem quase que totalmente o conceito ampliado de saúde, os princípios do SUS, as práticas multiprofissionais e novas práticas pedagógicas, necessárias para formar o profissional requerido nas DCN. [...] Porém há que se entender que apesar dos processos de mudanças serem bastante complexos, existem muitas iniciativas, umas mais ousadas, outras menos, umas centradas na saúde

coletiva, outras envolvendo as diversas especialidades, porém são tentativas de superar o modelo hegemônico de atenção à saúde e também na formação profissional.

O processo de mudança precisa ultrapassar o campo das disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública e do simples aumento de carga horária, para de fato haver mudança na atitude de ensinar por parte dos professores de todas as outras disciplinas. Há que se entender da necessidade de construção do perfil ideal de profissional que a instituição quer.

Exigir do atual corpo docente, atitudes de mudanças sem, contudo subsidiá-los, é incidir nos erros já cometidos anteriormente e passar a responsabilidade da formação requerida para este corpo docente, colocando-o literalmente em conflito com concepções e valores que até então eram necessários para ser um bom profissional (MELO e ALMEIDA, 2004, p.119).

Quanto às IES, formadoras de Recursos Humanos nas áreas da saúde, estas não devem restringir seu papel social ao atendimento às demandas por serviços de saúde no seu interior, e sim estendê-lo para que sejam formados profissionais capazes de interferir de modo competente nos problemas sociais, políticos, econômicos e de saúde da população. É requerido ainda um maior envolvimento das IES no processo de mudança, subsidiando os cursos nas capacitações pedagógicas de seus docentes.

Cabe aqui também a reflexão do papel das IES nestes processos de mudanças na formação. Está havendo por parte destas, comprometimento com estes processos? Estão surgindo programas de capacitações docentes visando proporcionar instrumentos a seus professores para que ocorram as mudanças de fato? Ou simplesmente estão ocorrendo estes processos sem o devido acompanhamento institucional? As IES estão interessadas em participar dos programas de incentivos às mudanças curriculares? Está havendo busca por alternativas para o problema das capacitações docentes? Tais indagações podem ser objeto de estudo de novas pesquisas na área (MELO e ALMEIDA, 2004, p.120).

Assim, este processo deveria ultrapassar o campo da saúde coletiva, estendendo-se para todas as áreas, acabando com as dicotomias entre básico e clínico, entre clínico e social e entre público e privado. Pois se assim permanecer, o ensino e as práticas permanecerão inalterados e o que é mais grave, sem a percepção da necessidade de mudanças na forma de ensinar e atuar dos profissionais de saúde.

Cabe a todos o papel de protagonista na transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde, isto pode começar através da universidade, do colegiado ou do departamento, mas se não chegar à sala de aula e à relação professor aluno, de nada adiantará a mudança nas diretrizes

curriculares ou as imposições de um colegiado ou de uma universidade (ALMEIDA et al, 2010, p.760).

As dificuldades refletem mais a situação das escolas que ainda não conseguiram avançar no grau de desenvolvimento dos projetos. Há embaraços para operacionalizar as atividades programadas nos estágios por motivos relacionados à organização dos serviços, disponibilidades dos atores e lógicas internas das instituições. O diálogo entre os saberes e as práticas dos diferentes núcleos profissionais que atuam nos serviços se dá de forma truncada e difícil. Em alguns projetos os trabalhadores sentem os alunos e docentes como fiscalizadores e não percebem a possibilidade de co-produção de saberes e práticas, e a integração ainda acontece de modo insuficiente. Isto é agravado pela dificuldade na contrapartida da Universidade para titulação dos profissionais de Saúde que participam das experiências de integração aprendizagem-serviço (HADDAD, et al, 2008, p.27).

Embora os avanços conquistados sejam evidentes na maioria das instituições mineiras pesquisadas, preocupa a situação da instituição “A” que não conseguiu grandes avanços na formação de profissionais de saúde. Em algumas instituições, o sentimento de fracasso pela resistência às mudanças pretendidas e a falta de integração com outros cursos envolvidos, tornam-se evidentes empecilhos, gerados pelo isolamento e formação de um ambiente desfavorável para o desenvolvimento.

Essa situação explica-se: a formulação de estratégias efetivas para a construção de sujeitos nem sempre tem sido possível, especialmente em alguns contextos mais complexos. Ou seja, não se tem massa crítica suficiente para dar início e sustentação às atividades que poderiam levar a uma problematização mais ampla da prática tradicional, conduzindo a um retardamento ainda maior no desenvolvimento do processo de mudança (REDE UNIDA, 2000).

Estudo realizado nesta instituição por LIMA e OLIVEIRA, em 2013, constata que alunos apresentam um desconhecimento sobre o Pró-Saúde e sobre as DCNs e remetem ao fato de que essas temáticas necessitam ser amplamente veiculadas durante o período da graduação. Isso pode ter gerado a dificuldade anterior desses mesmos alunos em formularem uma definição sobre o Pró-Saúde. Refere-se também, ao Projeto Político Pedagógico (PPP), construído somente dez anos após a criação do curso de Enfermagem:

Dentre todas as informações reveladas pelas narrativas, este estudo trás como principal resultado o fato do Pró-Saúde I ter contribuído para a estruturação do curso de graduação enfermagem e a confecção do seu primeiro PPP. Na evidenciação de que o curso funcionava de maneira incipiente foi agregado ao edital do Pró-Saúde I o objetivo de uma reestruturação com solicitação de recursos financeiros específicos para tal. Essa estratégia, utilizada pelas docentes que confeccionaram o projeto inicial, permitiu a compreensão de que para reorientar a formação

profissional em enfermagem primeiro era necessário dar estrutura para que o curso efetivasse essa mudança (LIMA e OLIVEIRA, p.90, 2013).

Os resultados desta pesquisa demonstram ainda: a) evidente existência de uma interação do Pró-Saúde com as disciplinas do curso de enfermagem; b) que o aluno que tinha uma maior aproximação, que estava realmente engajado com o Pró-Saúde, possui uma maior desenvoltura, uma formação ampliada; c) apoio do Pró-Saúde para a reestruturação física de algumas das Unidades Básicas de Saúde, como melhoria para formação profissional em saúde; d) suporte e apoio em organização e participação em eventos, atividades extra-murros e pesquisa; e) contribuição para a formação dos docentes do departamento de enfermagem por meio de um embasamento teórico para o conhecimento do programa e de programas de pós-graduação em mestrado e doutorado. E ainda para uma capacitação de profissionais dos serviços de saúde em programas de mestrado profissional (LIMA e OLIVEIRA, 2013).

O estudo trás importantes implicações para o ensino ao apontar que o modelo de formação pretendido e prescrito pelo PPP da IES para o curso de graduação em enfermagem está em consonância com as DCN e os princípios e diretrizes do SUS. Porém as dificuldades apresentadas para a definição do que seja o Pró-Saúde e as DCN indicam que os alunos desconhecem as competências e habilidades que eles devem adquirir para assumirem a profissão. Isso sugere uma caracterização de que o modelo de formação proposto apresenta uma incoerência com o modelo que vem sendo praticado (LIMA e OLIVEIRA, p.89, 2013).

Apesar dos currículos dos dois cursos mais antigos terem sido reformulados (Odontologia e Enfermagem) na prática as mudanças ainda não se efetivaram, além disso, a instituição “A” passou pela concomitante experiência do processo de implantação de mais quatro cursos da saúde, posteriormente foi elevada a categoria de universidade, estando atualmente no processo de criação de um curso de Medicina, o primeiro da região nordeste.

Considerando as competências e habilidades gerais, recomendadas pela DCN, como essência e ponto de partida para a elaboração dos currículos, SOARES, RIBEIRO e RIBEIRO, p.28, 2013, realizam nesta mesma instituição, uma pesquisa com discentes em relação ao que se esperava que fossem ensinados. Os acadêmicos de Fisioterapia apresentaram o maior índice (54) de um total de 60, seguido de Nutrição (53,75), Enfermagem (52,5), Odontologia (51,5) e Farmácia (46). Quanto ao que de fato consideraram que foi ensinado durante a graduação, Fisioterapia e Enfermagem apresentaram igualmente índice de 38,5, seguidos de Farmácia (30,5), Odontologia (23,5) e Nutrição (17,5). Concluindo-se que, existem

grande diferenças, entre a expectativa do que os alunos acreditavam que deveria ser ensinado e o que de fato ensinado, sob a ótica discente. Além disso, a diferença entre os cursos detonam a falta de homogeneidade dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de saúde da IES, no que tange habilidades e competências que são comuns a todos estes cursos.

Considerado os fatos acima descritos, caso a estrutura necessária para efetivar esta nova mudança de inclusão do curso de medicina proposto na modalidade de currículo integrado, não seja cuidadosamente planejada na lógica integrativa para com os departamentos atuais é possível que a faculdade de saúde, desta IES, se fragilize e acabe por defrontar com o risco eminente de mais heterogeneidade e até mesmo segregação entre os cursos da saúde,

[...] o processo tem que ser construído de maneira muito participativa dentro de cada escola tem realmente que buscar envolver a maioria dos professores, sem isso não dá, sem isso vão ser tentativas exatamente como outras que aconteceram, pois mudam no papel e na prática não acontece nada, pois se na cabeça das pessoas, se os valores das pessoas não mudaram, se essas coisas não mudaram, não vão mudar as práticas delas. Prática ninguém muda por decreto. Então na verdade as leis, as políticas elas podem favorecer os processos, mas estes têm que ser construídos nos espaços das escolas e acho que a gente aprendeu bastante sobre como fazer isso, pois se ficar só na saúde coletiva não vai acontecer nada (ENTREVISTADO 10). Mas por exemplo, no processo de discussão de uma possível ou necessária reforma curricular, as discussões são muito em cima de comissões, muito fechadas ainda, muito pouco abrangentes e participativas. As discussões se dão ainda da velha forma, da forma tradicional (ENTREVISTADO 12) (MELO e ALMEIDA, 2004, p.87).

Para ser possível a mudança na formação dos profissionais de saúde, deve ser criada uma massa crítica dos envolvidos. Estes precisam ter governabilidade no local em que se estão propondo as mudanças, pois a educação está intimamente relacionada às tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde, à organização dos serviços e políticas de saúde.

As mudanças necessitam ser profundas e permanentes. Todos os envolvidos necessitam ter a consciência do processo e do produto que se planeja alcançar. Mais do que consciência, necessitam se comprometer com o projeto, assumir a idéia como sendo sua e trabalhar o ambiente, interno e externo, para alcançar os resultados sobre alicerces firmes e sólidos (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010, p.561).

Como em qualquer processo de mudança, poderão ser encontradas dificuldades no seu transcorrer. Podemos citar como exemplos, algumas grandes barreiras dificultadoras, relatadas por coordenadores de curso entrevistados por MELO e ALMEIDA em 2004: a formação dos professores nos moldes antigos, sem

conhecimentos pedagógicos necessários para o ensino; o descomprometimento do corpo docente com o processo de mudança; a falta de politização do corpo discente e até mesmo as relações de poder entre os departamentos e as disciplinas e em cima disso, as estruturas departamentalizadas das instituições.

A proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, que é a principal idéia de Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde (UNI), que trata-se de uma modalidade de co-gestão do processo de trabalho colaborativo, em que os sócios compartilham poderes, saberes e recursos, pode ser uma importante ação a ser recomendada, uma vez que a ação percorre os seguintes âmbitos:

- 1) Paradigmático: A universidade e o mundo do trabalho têm que se abrir para o mundo da vida. Portanto, as mudanças que se pretendem não podem ser alcançados pelas instituições isoladamente. O mundo real, com sua complexidade, tem que estar ativamente presente na construção das novas maneiras de trabalhar e produzir conhecimento.
- 2) Político: a construção de relevância social nas universidades e nos serviços passa, necessariamente, por sua abertura à participação da população, não somente como usuários, mas como cidadãos, especialmente em contextos onde predominam a desigualdade e a democracia é incipiente.
- 3) Estratégico: a parceria possibilita que se somem as forças favoráveis à mudança que existem na academia, nos serviços e na comunidade, aumentando a governabilidade dos processos de mudança. Ao mesmo tempo, a própria interação produz um impulso em direção à mudança porque se evidenciam as limitações do modo tradicional de dar conta dos problemas da realidade agora percebidos sem tantos filtros.
- 4) Técnico: traz desafios que exigem aumentar capacidades no terreno da comunicação, negociação, planificação e em tantas outras áreas, de acordo com a natureza complexa dos problemas reais que as equipes se propõem a enfrentar (FEUERWERKER, 2002).

A mudança do paradigma hegemônico no campo da saúde vem sendo discutido há pelo menos seis décadas. Porém, a transformação nos processos de formação profissional é lenta e não apresenta resultados imediatos. Nesse sentido,

há interesses em manter posições e práticas, mesmo quando já se acumulam reflexões e experiências que apontam para a necessidade de mudança (MARSDEN e MOREIRA, 2009).

Considerando a dificuldade da implantação de uma nova maneira de formar os profissionais de Saúde, Feuerwerker (1999), ao tentar encontrar respostas para esta questão, cita três problemas freqüentemente relacionados com o fracasso de diversas tentativas de mudanças da educação médica no país.

O primeiro é a tentação de trabalhar a proposta de mudança preferencialmente com pessoas que pensam de maneira parecida – e por isso partilham da idéia de alterar o processo de ensino – ou que estão mais mobilizadas pelo tema. Para que a implantação do plano não seja ameaçada, tornando mínimas as chances de sair do papel, a autora insiste que a decisão de mudar deve ser coletiva e institucional.

O segundo está relacionado a tratar de maneira simplista e superficial problemas que são complexos. As concepções pedagógicas e metodológicas de ensino-aprendizagem são um dos temas para os quais normalmente é dada pouca importância, tratando-o de maneira superficial e não profissional. Este quesito, é um terreno amplo que deveria ser cuidadosamente explorado e ao qual os professores deveriam ser expostos de maneira sistemática, implicando em uma revisão profunda das práticas e conceitos predominantes.

O terceiro obstáculo, mencionado pela autora, que contribui para a não abertura de espaços de transformação do ensino médico é a tentativa de construir a proposta de mudança dentro dos limites da universidade. As relações de poder envolvidas nos processos de transformação do ensino extrapolam os muros universitários e precisam ser levadas em consideração, pois sem o apoio destas forças é muito difícil resolver satisfatoriamente certos conflitos e contradições.

Assim, sendo ressalta-se que não se pode esperar uma reorientação espontânea das pessoas, ou dos departamentos, na direção assinalada pelas diretrizes. Para favorecer o movimento, torna-se vital conferir direção convergente aos inúmeros processos de mudança, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos.

De produto secundário, a implementação das diretrizes constitucionais do SUS deveria passar a objetivo central e a educação em serviço ganhar estatuto de política pública governamental. De outra parte, as instituições formadoras, mediadas pelo Estado, deveriam demonstrar a relevância

pública de seu projeto político-pedagógico e os significados que emprestam à produção de conhecimento e prestação de serviços e, assim, permitir o julgamento, pela sociedade, do cumprimento de suas funções públicas, igualando-se ao SUS ao reconhecer o direito de controle da sociedade sobre a gestão pública do ensino (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.46).

Os achados do presente estudo nos permitem inferir que apesar das conquistas, ainda se fazem necessários esforços no sentido da mudança pretendida, para que se possa efetivamente atingir o núcleo duro da formação em saúde, principalmente nos vetores: Mudança metodológica, Integração do ciclo básico/ciclo profissional, Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, Pós-graduação e educação permanente e Interação ensino serviço.

Considerações finais

Em geral os cursos apresentaram inovação, mas não atingiram a totalidade dos estágios considerados ideais pelo programa. Neste sentido, pode-se concluir que está havendo uma importante mudança, embora não se pode dizer que seja significativa no grau que se deseja atingir, pois apesar das conquistas ainda há muito que se avançar na construção da qualidade segundo a Imagem-Objetivo pretendida pelo Pró-Saúde.

Isoladamente a participação no Pró-Saúde neste estudo não se mostrou como fator que levou os cursos a apresentarem inovação. O desempenho foi inferior para os cursos participantes do Pró-Saúde I, que embora sejam justamente os cursos que têm o maior tempo de programa em desenvolvimento são também os cuja amostragem populacional é em sua maioria composta por cursos mais antigos, ou seja, implantados antes das diretrizes curriculares.

Quando avaliado pelo atendimento aos objetivos do programa, o melhor desempenho foi dos cursos não participantes do Pró-Saúde, cuja população amostral é em sua maioria de cursos novos, ou seja, criados a partir de 2000, quando foram criadas as novas diretrizes curriculares, cuja recomendação é de que a formação destes profissionais deve ter por objetivo dotá-los de conhecimentos para adquirir competências e habilidades gerais em: Atenção a saúde, tomada de

decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Dentre as instituições, merecem atenção especial por parte da gestão institucional os cursos de saúde da IES “A”, uma vez que esta apresentou uma diferença de pontuação inferior, em relação às demais instituições avaliadas. Recomenda-se um acompanhamento mais minucioso da gestão desta instituição em relação aos cursos avaliados, aplicando novas pesquisas e implementando novas práticas.

Os cursos de saúde das IES: UNIMONTES, UFV, FUNORTE e UNIUBE, apresentaram inovações mais avançadas, no sentido da transformação, levando-nos a refletir que os resultados alcançados podem estar mais ligados as influências das concepções e gestão institucional sobre o Projeto Político Pedagógico, do que a fonte de financiamento ou as condições sócio-econômicas da localização geográfica da instituição.

Referências bibliográficas

ALBURQUEQUE, V. S. et all. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.**

Revista Brasileira de Educação Médica. 32(3): 356 – 362, 2008.

ALMEIDA, Márcio; Feuerwerker, Laura; LIANOS, Manuel C. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999.

ALMEIDA, Marcio José de; GONZÁLEZ, Alberto Durán. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(3):757-762, 2010.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti; ALMEIDA, Marcio José. **A REDE UNIDA e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde.** Dissertação

apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10.

BRASIL, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, 37p.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, 38p.

BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília: Senado Federal,1998.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases (LDB).** Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Educação e o Trabalho na Saúde: a Política e suas ações.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Brasília – DF. Jan./ 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Gestão da Educação na Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261 Acesso em: 06 maio 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges/ Sgtes/ MS. Brasília – DF, 09 de agosto, 01 -11, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013 Acesso em: 06 maio 2009b.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **O SUS e a formação de recursos humanos em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS)**, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde; BRASIL, Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMPOS, Francisco Eduardo; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura; SENA, Roseni Rosângela de; CAMPOS, João José Batista; CORDEIRO, Hésio; CORDONI, Luís. **Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.25, nº 2, maio/agosto. 2001.

FERREIRA, José Roberto; HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda, CAMPOS, Francisco Eduardo. **Pró-Saúde e Pet-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço.** [Editorial]. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** **PHYSIS:** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Revista da ABENO. 3(1): 24-27.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. **A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences,** Interface _ Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

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, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; AMARAL, Márcia. **II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.** Brasília: 29 e 30 de maio de 2008. 35p. Disponível in: <http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf> Acessado em 08/08/2013.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto; CAMPOS, Francisco Eduardo de. **Pró-Saúde e Pet-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde.** [Editorial]. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36 (1, supl.1):3-4 ;2012.

LIMA, Antônio Moacir de Jesus; OLIVEIRA, Wellington. **A formação profissional em enfermagem e o Programa Pró-Saúde I: contribuições sob a ótica de discentes docentes e egressos.** Dissertação de Mestrado do Programa Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina: 2013. p. 156.

MARSDEN, Melissa; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. **A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio.** Dissertação de mestrado em Ciências na área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2009. 140 f.

MELO, Mariângela Monteiro; ALMEIDA, Márcio José. IVAMA, Adriana. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

REDE UNIDA. **A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA.** Divulgação em Saúde para Debate, n. 22, 2000.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de; MEIRELLES, Rosane Moreira Silva de; CURY, Geraldo Cunha; ALVES, Luiz Anastácio. **Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED.** IN: OLIVEIRA, Neilton Araújo de; ALVES, Luiz Anastácio. Ensino Médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, 2007, p.201.

PALMIER, Andréa Clemente; AMARAL, João Henrique Lara do; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; SENNA, Maria Inês Barreiros; LUCAS, Simone Dutra. **Inserção do aluno de Odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):152-157;2012.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; OLIVEIRA, Marilda Siriani de; SILVA, Silvio Fernandes da; LIMA, Valéria Vernaschi. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2008. 28p.

SOARES, Viviane Antunes Rodrigues; RIBEIRO, Mirtes; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. **Avaliação acadêmica acerca das habilidades e competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais de cursos de Graduação em Saúde**. Dissertação de Mestrado do Programa de Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina: 2013. 39p.

SOUZA, Patrícia Alves de; ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; ROS, Marco Aurélio Da. **Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática**. Revista Brasileira de educação Médica 35 (1) : 20-25; 2011.

ARTIGO III

Palavras e frases de discentes sobre a formação profissional em saúde: análise qualitativa

Resumo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, cujo instrumento de pesquisa foi um questionário aplicado no ambiente acadêmico dos discentes pesquisados. O objetivo foi identificar a opinião acadêmica a cerca do curso de graduação em saúde (Enfermagem, Medicina e Odontologia) sobre o estágio de desenvolvimento do mesmo em relação aos eixos e vetores definidos pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) em instituições de ensino superior (IES) do estado de Minas Gerais. Os resultados desta pesquisa demonstram a presença de pressupostos das orientações das transformações no cenário das instituições de ensino no estado de Minas Gerais. E também provoca o questionamento de até que ponto os estudantes de cursos da área da saúde, atores principais deste processo, estão aderindo às atuais tendências da formação. E ainda, quais seus conhecimentos e expectativas acerca do SUS. É no mínimo curioso, que haja paradoxos entre as respostas dos questionários, pois o que para alguns representa uma fortaleza e fonte de motivação, para outros, é justamente, uma debilidade do sistema, como podemos ver nos exemplos de depoimentos de quem acredita que falta aprofundar mais nos temas relacionados ao SUS, com foco na atenção primária, em contraponto àqueles que não o querem, ou entendem que existe um exagero de aulas com este tema em detrimento de outros, considerados pelo discente como mais importante. O mesmo fato também pode ser percebido em depoimentos dos discentes quando se expressam sobre o modelo de mudança metodológico proposto pela orientação pedagógica. Permitindo fazer inferências de que muitos dos alunos que ingressam nos cursos de saúde, anseiam pelo sistema tradicional clássico, biologicista, baseado no modelo flexneriano.

Introdução

A reforma educacional, Lei 5540/68, deu origem à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, Lei 5692/71. Esta reforma provocou nos cursos da área da saúde, reflexos até hoje percebidos. As disciplinas básicas passaram a ser ofertadas pelos Institutos Básicos, a finalidade desta reforma era de acelerar a formação profissional para a demanda gerada pelo crescimento econômico da época, com “pedagogia tecnicista”, cujo objetivo era formar os profissionais em curto período de tempo e com os menores custos possíveis (MELO e ALMEIDA, 2004).

A partir da segunda metade da década de 70, iniciou-se uma discussão com novas propostas das políticas sociais em todos os setores, buscando a reformulação do sistema de saúde, com base nos princípios da universalização dos direitos, descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação dos benefícios e controle social sobre a saúde. Nesta luta pela democratização do país, organizou-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que estabeleceu a universalidade, a integralidade, a descentralização das ações, a hierarquização e o controle social, como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente incorporados à Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988.

A Constituição estabeleceu em seu art. 200, inciso III, que ao SUS compete dentre outras funções ordenarem a formação de recursos humanos na área de saúde. Em 1990, com a institucionalização do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) coloca os serviços de saúde como campos de ensino-aprendizado na assistência, gestão, ensino e pesquisa e fala de uma política para os trabalhadores da saúde que organiza um sistema de formação em todos os níveis de ensino.

O movimento de reforma do ensino médico, posteriormente acompanhado por processo semelhante em algumas outras profissões de saúde, tem início mais efetivo em 1991, com a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), com o objetivo de avaliar a qualidade desse ensino, propor medidas para sanar as deficiências e criar mecanismos permanentes de avaliação (SILVA et al, 2008, p.28).

Entretanto, havia sido em 1981, com a criação pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SeSu/MEC) do Programa de Integração Docente- Assistencial (PIDA) que se, iniciou-se uma intensa discussão. Com seus primórdios já no início dos anos 70, quando se constituía o movimento social da Reforma Sanitária, uma parte dessas experiências iniciou um trabalho em Rede.

Articulando-se, nacionalmente, por incentivo da Fundação W. K. Kellogg, surgiu em 1985, com o nome de Rede de Integração de Projetos Docente- Assistenciais – a Rede IDA, um grande movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde. Em meados dos anos 90, com o desenvolvimento do Programa UNI (*Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*), ocorreu uma evolução da Rede IDA através da articulação com os projetos UNI, e sua denominação passou a ser Rede UNI-IDA, e, posteriormente, Rede UNIDA (BARBIERI e ALMEIDA, 2006).

Em 1997, têm-se a publicação do Edital nº04/97 SESu/MEC, que convida as Instituições de Ensino Superior (IES) para apresentarem propostas de Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, fundamentado na Lei 9394/96 de Diretrizes e Bases da Educação – LDB.

Dentre outros, a Rede UNIDA foi um dos principais atores que fomentou o debate para a elaboração de uma proposta de diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde. No atendimento ao Edital 04/97SESu/MEC, a REDE UNIDA, construiu propostas para os cursos da saúde que incorporam as diretrizes atuais, quase que praticamente na íntegra (REDE UNIDA, 1998).

Em 2000, as diretrizes curriculares para cursos de graduação, definidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, apontam para a necessidade de currículos integrados. De modo geral, essas diretrizes orientam para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo.

A implantação das diretrizes implica um grande desafio, que é o de formar profissionais de saúde com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidade (BRASIL, 2006).

Todos os esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, na medida em que dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes a estas iniciativas e, que mesmo estando institucionalizadas, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, iniciativas como deslocamentos para ambulatórios periféricos, supervisão de internatos rurais, participação em atividades comunitárias entre

outras, sempre representaram um pesado ônus para aqueles que os assumiam e os levavam à frente (BRASIL, 1999).

Em, 1999, uma equipe de consultores do Ministério da Saúde, elaborou e submeteu a grupo de especialistas convidados, um documento de proposta de incentivo a reorientação da formação profissional no Brasil, que definiu o que premiar, com incentivos segundo critérios, responsabilidades e modalidades de execução: 1. Deslocamento dos cenários de ensino aprendizagem para dentro do sistema de atenção básica e secundária do SUS; (2) Utilização de metodologias pedagógicas centradas no aluno; (3) Oferta regular de Educação Permanente para os recursos humanos da rede básica e secundária do SUS; (4) Oferta de vagas de pós-graduação e aperfeiçoamento para as áreas estratégicas ou de carência de recursos humanos na rede de serviços do SUS; (5) Desenvolvimento de tecnologias demandadas pela rede básica e secundária do SUS; (6) Disponibilidade de internação hospitalar e procedimentos ambulatoriais para as centrais de regulação do SUS.

Faz-se necessário assumir que não se pode ficar a mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. A indução de tais mudanças somente poderá ser efetiva, caso exista uma clara e articulada política de formação que inclua incentivos aos modelos que mobilizem as instituições acadêmicas nesta direção. Por isso um papel indutor seria extremamente necessário, dando direcionalidade a este processo e facilitando a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade (BRASIL, 1999).

Neste sentido, com papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, ainda em 2005, têm se o lançamento do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da portaria interministerial n^o 2.101 do MS/MEC. Nesta perspectiva, a essência do Pró-Saúde é a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007).

Este artigo, objetiva descrever a opinião acadêmica sobre os estágios do cenário atual de cumprimento das metas correspondentes a cada vetor em consonância com os eixos do Pró-Saúde em IES do Estado de Minas Gerais.

Metodologia

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio da aplicação de questionários semi-estruturados, aplicados no ambiente acadêmico dos sujeitos da pesquisa após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0065.0.203.000-10.

A população em estudo são discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de IES mineiras. Os cursos foram subdivididos nos seguintes grupos: Grupo I- Cursos participantes do Pró-Saúde I (n= 14), Grupo II- Cursos participantes do Pró-Saúde II (n= 11) e Grupo III- Cursos não participantes do Pró-Saúde (n= 07).

A questão que orienta a amostragem não probabilística relaciona-se à homogeneidade fundamental que está presente na amostra, isto é, aos atributos definidos como essenciais presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais.

Neste conceito, a amostragem utilizada foi não-probabilística, pois se definiu as instituições participantes e aplicou-se um questionário ao número máximo de discentes (fechamento por exaustão: em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis) de cada turma.

De forma totalmente aleatória e não especificada, convidou-se no ambiente acadêmico, alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, de cursos pertencentes à IES particulares de Minas Gerais participante do Pró-Saúde e à IES públicas do estado de MG. Atribui-se como critério de exclusão o não comparecimento do discente no dia da aplicação do questionário.

A amostra intencional consiste na escolha de um grupo ou comunidade com características prescritas nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. Para Gil (1999, p. 104), a amostra intencional ou por tipicidade: constitui um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo

de toda a população. A principal vantagem da amostragem por tipicidade está nos baixos custos de sua seleção. Entretanto, requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado.

O primeiro contato com as instituições foi realizado através de correio eletrônico direcionado ao coordenador de curso, enviando em anexo uma cópia do projeto e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Caso houvesse resposta imediata, estabelecia-se o agendamento do dia e horário da aplicação do questionário. Caso contrário, procedia-se com contato telefônico diretamente. Três coordenadores encaminharam a decisão para a direção da Faculdade, e outros dois coordenadores encaminharam a deliberação ao Colegiado de Curso. Todos os cursos contatados autorizaram a realização da pesquisa.

A seguir a pesquisadora direcionou-se as cidades sedes de cada curso, apresentando-se pessoalmente ao coordenador de curso. Este o direcionava a sala de aula dos alunos, cuja entrevista já havia sido agendada. A pesquisadora após ser apresentada a turma pelo coordenador ou docente responsável, efetuada a leitura coletiva do TCL explicando à proposta da pesquisa aos alunos e convidando-os a participar. A seguir processava-se a entrega do TCL e do questionário a todos os discentes.

Os alunos responderam ao questionário, avaliando o seu curso de graduação. A aplicação do questionário com questões abertas e fechadas processou-se em sala de aula, com data definida e prazo pré-estabelecido, agendado previamente conforme disponibilidade da escola e dos sujeitos da pesquisa. O instrumento questionou quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde, nas atividades do curso e versou sobre categorias analíticas, subdivididas em variáveis com nível de medida ordinal.

Denominou-se de “vetores” as variáveis que classificam o curso segundo o estágio de desenvolvimento, sendo dividido em três níveis (I, II e III). E chamou-se de “evidências” variáveis que quando presentes classificam o curso como “Transformação”, correspondente ao estágio III, ou seja, “imagem objetivo”.

A primeira parte do questionário, além de perguntas sobre o perfil do estudante, contém nove questões de múltipla escolha (vetores 1 ao 9). Cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III),

veja quadro 5. Caso o aluno não identificasse sua escola em nenhum das alternativas, ele poderia descrever qual a sua opinião quanto à situação de seu curso na questão aberta complementar a cada questão (IV- outras).

Quadro 5- Variáveis do questionário

Vetores	Estágio I	Estágio II	Estágio III
1. Determinantes de saúde doença	A escola prioriza a consideração de determinais biológicos da doença, enfatizando uma abordagem de caráter curativo orientada ao indivíduo.	A escola considera os determinantes biológicos e sociais da doença, sem destacar adequadamente os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo.	A escola dedica importância equivalente aos determinantes de saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológica-social.
2. Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS	Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área de atenção que envolve alta tecnologia.	Escolas que tenham baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.	Escola com equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo-efetividade etc.
3. Pós-graduação e educação permanente	Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.	Conformação intermediária, em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população.	A IFES trata de superar a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimular a articulação com as necessidades assistenciais.
4. Integração ensino-serviço	Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde.	Os cursos contam com alguma articulação da promoção teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente	A escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas

		na atenção de caráter curativo.	disciplinares.
5. Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem.	Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia)	Atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas aos SUS.	Atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, com prioridade ambulatorial, ou serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS, Internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.
6. Articulação dos Serviços Universitários com o SUS.	Serviços próprios isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa.	Serviços parcialmente abertos aos SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos.	Serviços próprios completamente integrados aos SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com rede do SUS.
7. Análise crítica da atenção básica	A formação nas áreas de atenção à saúde desenvolve-se com abordagem acrítica em relação às necessidades do serviço de saúde e da população.	Algumas disciplinas de aplicação clínica do curso proporcionam oportunidade para análise crítica da organização do serviço.	O processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, com ênfase no componente de Atenção Básica.
8. Integração do ciclo básico/ciclo profissional	Ciclos clínicos e básico completamente separados, disciplinas fragmentas e estanques, sem aproveitar, até	Disciplinas; atividades integradoras, ao longo dos primeiros anos, em algumas áreas.	Ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao longo de todo o curso. Um dos métodos orientador da integração é a problematização.

	mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas.		
9. Mudança metodológica	Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.	Ensino que pode incluir inovações pedagógicas em caráter experimental, mas restritas a certas disciplinas. Ensino realizado, em geral, com pequenos grupos de estudantes.	Ensino baseado, majoritamente, na problematização em pequenos grupos, ocorrendo em ambientes diversificados com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

Finalizada a coleta de dados, as informações recolhidas pelo questionário foram processadas e digitadas no software Statistical Package for Social Sciences-SPSS 17.0. Em seguida, foram processadas análises.

Para obter uma boa visualização de todas as informações necessárias, ao lidar com grandes conjuntos de dados, agrupou-se o conjunto de dados em certo número de classes, intervalos ou categorias. Essa forma de reclassificação chama-se de distribuição de frequência, pois apresenta os dados de maneira relativamente compacta, possibilitando uma visualização global, com informações adequadas aos propósitos estabelecidos (COSTA e DOMINGUES, 2007).

Para as questões abertas, foi aplicada, a análise de conteúdo. “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.” (BARDIN, p. 48, 2011).

Dentre as diversas técnicas empregadas para análise das comunicações, conceituadas como análise de conteúdo, optou-se, neste estudo, pela técnica da análise temática, utilizando o tema como unidade de registro, pois o tema se refere a uma unidade maior em torno do qual tiramos à conclusão (MINAYO, 2001).

Minayo (2004, p. 209) relata que “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”

Numa primeira etapa, organizou-se o material a ser analisado por meio da pré-análise, selecionando-se todos os registros e os categorizou conforme os vetores. Durante a análise do material coletado foram construídos quadros para melhor visualização das características de cada vetor. Segundo Minayo (2004) p. 209, “a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.”

Posteriormente, foi feita a exploração do material propriamente dita, que consiste essencialmente na operação de codificação: recorte do texto em unidade de registro (tema), bem como a classificação e agregação dos dados de acordo com as categorias especificadas por temas (MINAYO, 2004).

Com o aprofundamento das leituras, os temas foram sendo agrupados até se chegar ao desenho final das categorias analíticas apresentados na árvore de categorias com os panoramas de análises vetoriais dos trechos significativos.

E finalmente, interpretaram-se os resultados obtidos. A partir daí o analista propõe inferências e adianta interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Resultados

A pesquisa foi realizada em 15 instituições situadas em 11 cidades, sendo 167 (16,3%) alunos matriculados em escolas localizadas nas regiões norte e nordeste do estado, 190 (18,5%) na região sul, 283 (27,6%) na região do triângulo mineiro e 385 (37,6%) pertencentes à região metropolitana. Dos 1025 pesquisados, 420 (41%) estavam matriculados no curso de Enfermagem, 310 (30,2%) em Medicina e 295 (28,8%) em Odontologia, dos quais 644 (62,8%) são pertencentes à IES Pública; 715 (71,9%) pertencem ao gênero feminino; 795 (77,6%) estão matriculados em curso de turno integral, 124 (12,1%) em turno matutino, 35 (3,4) em

vespertino, 61 (6%) no noturno e 10 (1%) não responderam quanto ao turno. Em relação ao período 2 (0,2%) estavam matriculados no primeiro período, 30 (2,9%) no terceiro período, 150 (14,6%) no quarto, 159 (15,5%) no quinto, 251 (24,5%) no sexto, 285 (27,8%) no sétimo, 87 (8,5%) no oitavo, 55 (5,4%) no nono período e 6 (0,6%) não responderam esta questão. Em relação à faixa etária, 1 (0,1%) era menor de 15 anos, 1 (0,1%) tinha entre 15 a 17 anos, 39 (3,8%) tinham entre 18 a 19 anos, 747 (72,9%) entre 20 a 24 anos, 154 (15%) entre 25 a 29 anos, 48 (4,7%) de 30 a 38 anos, 5 (0,5%) de 40 a 49 anos e 1 (0,1%) tinha entre 50 a 59 anos, não responderam 29 (2,8%). Quanto ao quesito renda familiar em salários mínimos 16 (1,6%) informaram não possuir rendimento, 10 (1%) responderam receberem até um salário mínimo, 53 (5,2%) informaram receberem de um a dois salários, 84 (8,2%) entre dois a três salários, 201(19,6) de três a cinco salários, 260 (25,4%) entre cinco e dez salários, 190 (18,5%) de dez a 20 salários, 83 (8,1%) informaram renda familiar superior a 20 salários e 128 (12,5%) não responderam.

Considerando a média do quadro 6, ao avaliar os 9 vetores do Pró-Saúde, 14,12% dos alunos classificaram seu curso no estágio I de desenvolvimento e 56,63% classificaram como III (Imagem-Objetivo) o estágio atual do seu curso.

Quadro 6- Classificação discente quanto ao estágio dos vetores da reorientação da formação profissional em cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de Minas Gerais, 2010.

Variável/Estágio	I	II	III	Outros
1	7%	5,5%	85,6%	1,9%
2	2%	13,5%	81,8%	2,7%
3	16%	34,2%	36,4%	13,4%
4	3,4%	25,1%	68,5%	2,9%
5	30,4%	13,7%	51,3%	4,5%
6	5,5%	34,3%	53,7%	6,5%
7	7,9%	38,4%	52,3%	1,4%
8	20,5%	30,2%	47,2%	2,2%
9	34,4%	28,9%	32,9%	3,7%
Média total	14,12%	24,86%	56,63%	4,36%

Com relação às respostas abertas, foi possível identificar palavras e frases recorrentes e de destaque sobre o tema, o que se apresenta detalhadamente a seguir:

EIXO A – Orientação Teórica

A variável mais bem avaliada pelos alunos foi o vetor 1- Determinantes de saúde e doença, 876 (85,6%), marcaram o estágio III. 19 (1,9%) estudantes descreveram outras respostas complementares: 09 alunos completaram a resposta incluindo o aspecto psicológico a resposta, substituindo a expressão “biológica-social” por **“biopsicosocial”**; 04 identificaram **“ênfase no caráter preventivo”** sendo que um considera que a **“doença”** recebeu menos importância pela escola; 02 identificam ênfase nos ensinamentos **“teóricos”** em detrimento dos **“práticos”**; 01 aponta o pouco **“comprometimento com o conhecimento pedagógico”**; 02 afirmam que sua escola considera os determinantes biológicos e sociais da doença, porém um acredita que **“tendem a enfatizar mais o lado biológico”** e outro que **“dão menos importância aos aspectos biológicos”** e 01 descreveu da seguinte forma: **“Tudo é SUS nessa faculdade”**.

Relativo ao vetor 2- Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, 837 (81,8%) dos alunos consideram sua escola em estágio III. 28 (2,7%) alunos responderam as questões abertas; sendo que 17 estudantes identificaram a presença de **“pesquisas na atenção básica”**; 07 acreditam que em detrimento desta, existe uma baixa produção de pesquisas **“biomédicas/tecnológicas”** e 01 em **“gestão”**; 01 aluno entende ser **“Baixo nível de produção científica, não centrada na atenção básica”**; 02 discentes identificam também pesquisas **“psicossociais”**, sendo que um considera equilibrado e o outro considera a ênfase psicossocial excessiva. Ainda na abordagem deste tema, destacam-se ainda as seguintes afirmativas:

- a. **“Enfoque extremo em questões do SUS, incluindo todas as suas referências, o que muitos alunos, se não todos, acham um exagero e perda de tempo, tempo esse que poderia ser preenchido com outras matérias”**.
- b. **“O SUS foi falado durante 2 períodos do curso, mas acho que deveria ter sido abordado desde os períodos do início do curso, não agora nos últimos.”**
- c. **“Escola tentando conseguir equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos**

biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo efetividade, sem obter sucesso na prática.”

Durante a aplicação do questionário a maioria dos alunos em diferentes instituições manifestou dificuldade em responder a questão relacionada ao vetor 3. 24 alunos não responderam esta variável alegando verbalmente desconhecimento ou pouco contato com a pós-graduação. Apesar disto, obtivemos as seguintes respostas: 160 (16%) classificaram o curso com “Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS”, 342 (34,2%) afirmaram que o curso apresenta “conformação intermediária, em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população”, 364 (36,4%) dos alunos entendem que a “IFES trata de superar a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimula a articulação com as necessidades assistenciais” e 134 (13,4%) marcaram a alternativa outras respostas, destes 36 informaram que **“não há oferta de pós-graduação”** outros 10 entendem que não possuem por ser **“curso novo”**; 32 estudantes **“não tinham conhecimento sobre a oferta de pós-graduação”** uma inclusive justifica com a seguinte afirmativa **“ainda estou na graduação”**; outros 08 alunos não responderam e 02 acharam a **“questão confusa”**, levando-nos a entender que estes também não tinham conhecimento sobre a oferta de pós-graduação. 30 estudantes identificaram a existência de pós-graduação, destes, 10 alunos afirmam **“não possuir na área”**; 03 identificam que têm em algumas áreas; 04 afirmam ser **“pouca a oferta”** e 08 identificaram cursos na área de atenção básica/ESF/Saúde Pública, sendo que destes, 05 entendem que existe uma ênfase no nível de atenção básica/generalista e 04 destes complementam que está sendo deixando de lado a atenção terciária/desprezando as outras especialidades médicas.

EIXO B – Cenários de Práticas

Vinte e sete alunos (2,9%) dos que responderam esta questão optaram pela questão aberta do vetor 4. Destes, 24 classificam o curso entre os estágios II e III, mas destacam que: embora os cursos contem com articulação da promoção teórica com a prática dos serviços de saúde, em algumas áreas disciplinares, não é predominantemente na atenção de caráter curativo, mas que envolve também o preventivo. E que, além disso, a escola integra, não durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de algumas áreas disciplinares, mas não de todas. Oito deles excetuam os três primeiros períodos do curso e outro reafirma a proposição com a seguinte expressão **“Inclusive realizamos fórum de integração dos cursos de enfermagem, medicina e nutrição”**. Três alunos questionam os cenários de práticas, um discente informa que o campo de estágio é deficitário e os outros dois que **“existem interação com a questão social porém a prática e realizada apenas nos PSF conveniados”** e **“A instituição não utiliza a carga horária para investir na prática hospitalar. Há priorização do PSF, mas ainda sim, estágio de uma semana não é suficiente, apenas no oitavo e nono período o acadêmico envolve-se na prática”**.

Dos que responderam a questão do vetor 5, 43 (4,5%) alunos optaram pela alternativa de questão aberta. Uma das respostas nada constava e outra não saber a resposta; um aluno explicita a inexistência de serviço próprio da IES; um outro aluno denuncia o sistema de ensino afirmando que existem **“atividades práticas desde o primeiro período do curso, na ausência do professor”**. Para dois alunos o estágio do curso é I, sendo que um descreve que **“nos primeiros anos de curso não há ensino prático, apenas teórico”** e outro descreve que as **“aulas são realizadas em sala de aula, laboratório”**. Um aluno identifica o curso como intermediário entre estágio I e II. Dois apresentam uma mescla entre os estágios I e III. Dez alunos classificam como estágio II, um identifica **“Atividades práticas durante os 2 primeiros anos em unidade de atenção básica na rede SUS”**, seis alunos identificam **“Atividades práticas durante os dois primeiros anos limitados aos laboratórios e a partir daí atividades clínicas na rede do SUS”**, **“majoritariamente em serviços de atenção primária e secundária à saúde”**, entretanto dois deles enfatizam que a carga horária semanal do aluno é alta e outro

explica que, “... o ciclo clínico é majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade funcionalmente vinculada aos **SUS, hospitais da cidade conveniados**” e não são pertencentes a instituição de ensino. Três alunos classificam o curso como intermediário entre os estágios II e III, dois deles opinam que “... a saúde coletiva recebe uma atenção exagerada, despendendo muito do tempo extra-aula, o que prejudica as outras matérias”, e um outro aluno explica a conformação do estágio “**A realidade prática do curso define-se pelo estágio curricular que se organiza de maneira consonante aos pilares organizativos do SUS. O 1º estágio é em atenção básica e secundário e os demais partem para atenção terciária e setores especializados. Atividades práticas somente no último ano de curso. Isto ocorre somente a partir do 6º período que vamos para estágio fora**”. Já os demais alunos classificam como estágio III, com ressalvas: dois alunos classificam o curso como estágio III, mas sem a prioridade ambulatorial; e outros dois também classificam em estágio III, mas “**menos a parte referente aos internatos que ainda não começaram**”; cinco alunos destacam a “**participação de todos os acadêmicos matriculados em unidades do SUS, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária e sob a supervisão de preceptores a partir do terceiro semestre. Participação em instalações da instituição também**”, destes, quatro alunos descrevem da seguinte forma “**Atividades práticas durante todo o curso em diversas unidades de saúde, PSF’s, UBS e hospitais da região. Além do laboratório e área de atendimento aos estudantes e trabalhadores públicos na instituição (Divisão de Saúde)**”; onze alunos explicam a formatação da prática da seguinte forma: “**Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso não é limitada a laboratórios da área básica, ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia), e de cidades vizinhas todas vinculadas ao SUS (existe prática em PSF)**”.

No vetor 6, 68 (6,5%) dos alunos que responderam, marcaram a questão aberta. Cinco alunos justificaram que ou não sabiam responder ou não haviam entendido a questão; Onze discentes informam que “**Não há hospital escola**” ou “**Não há serviço próprio**”; 19 alunos afirmam que as IES não possui serviços próprios, mas são vinculadas/integradas/ligadas/abertas ao SUS “**Realizamos**

todas as atividades de estágio em instituições do SUS”, “O serviço universitário são exclusivamente espaços do SUS”, um deles explica que “Todos os estágios são realizados no cenário por meio de parceria com PRÓ-SAÚDE”. 22 discentes identificam o vetor entre os estágios II e III, três destes classificam como “Serviços próprios complementares integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. A Universidade atende exclusivamente aos pacientes do SUS, entretanto, não há um mecanismo de referência e contra-referência com a rede SUS, uma vez que o último recurso está na Universidade”, dois destacam que “Temos serviços próprios, e realizamos atividades na rede do SUS. Tem participação em unidade própria que atende a comunidade acadêmica e tem participação em hospitais integrados ao SUS/ESF”, para dez deles as escolas possuem “Serviços próprios completamente integrados ao SUS, com central de marcação de consultas ou internações próprias das instituições acadêmicas” sendo que três destacam que a “marcação de consultas no ambulatorial é para pessoas que residem na área de abrangência” e outro informa sobre o “Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com rede do SUS”, já para outros três destes “Integrado ao SUS, com central de marcação de consultas mas com Sistema de referência contra referência ineficaz”. Para quatro alunos a escola encontra-se no estágio II, dois deles identificam como “serviço parcialmente aberto ao SUS, sem autonomia na definição de pacientes a serem atendidos, e sem mecanismo de referência e contra-referência”, um outro informa que “Algumas áreas atendem apenas pelo SUS, enquanto outras (dentística e implantodontia ...) estão abertas” e um aluno deles destaca que “Os estágios são feitos nos PSFs e UBSs com atendimento dos pacientes do SUS , porém temos uma agenda própria”. Já para seis alunos o estágio do curso é I, expressão que “Não existe atendimento nos serviços universitários credenciados com o SUS”, “Há um serviço próprio (Divisão de Saúde) e não é vinculada com o SUS” e justificam “Porém também atuamos em UBS, desta forma são pacientes da rede do SUS; um deles ainda afirma que “Na área de enfermagem não fornece participação de qualquer clientela de fora”.

EIXO C – Orientação Pedagógica

Oito discentes (1,4%) dos respondentes marcaram a questão aberta do vetor 7, um deles não registrou nada, os outros identificam a escola entre os estágios II e III e justificam que apesar do processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, a ênfase não está presente em todas as disciplinas, somente algumas proporcionam oportunidade para análise crítica da organização, sendo que em algumas ocorre uma abordagem mais eficaz do que em outras.

Relativo aos alunos que responderam a questão do vetor 8, 22 (2,2%) marcaram a questão aberta, sendo que um não registrou nada; um afirmou não compreender a questão; um não soube informar; três falam que a situação de sua escola está entre os estágios II e III; cinco alunos identificam a existência da fragmentação entre os ciclos clínicos e básicos e completam a questão: segundo um destes, por isto **“acontece recapitulação de grande parte do básico durante o ciclo clínico”**, outro acredita apesar da fragmentação, algumas das disciplinas aproveitam a correlação entre elas, outro deles, explica que o curso **“aplica o método de problematização, mas mesmo assim, as disciplinas não possuem integração”**; um outro aluno identifica a integração somente em algumas disciplinas e um discente relaciona com a atuação do professor: **“Majoritariamente professores que não estimulam a problematização e articulação entre as disciplinas (cada um no seu quadrado)”**. Oito alunos acreditam que as disciplinas possuem atividades integradoras, ao longo dos primeiros anos em algumas áreas, um deles completa que mesmo assim, **“ainda apresenta déficit nos primeiros anos”** outros quatro discentes falam da presença das **“atividades de integração apenas nos últimos anos (a partir do terceiro ano)”** e três destes alunos diferenciam por disciplina: **“Algumas matérias são fragmentadas e outras, possuem uma integração”**. Três discentes identificam o ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao longo de todo curso, um deles, cita o **“desenvolvimento de atividades práticas-clínicas desde o primeiro período em unidades de saúde SUS e atividades teórico-práticas na IES, mas destaca que não é necessariamente com problematização”**. Já um outro deles afirma sobre a **“integração dos conhecimentos adquiridos”** e destaca a existência de um ciclo

profissional iniciado no terceiro período do curso e um ciclo básico não muito bem definido.

A opção de questão aberta do vetor 9 foi marcada por 44 (3,7%) dos discentes respondentes a questão, um deles registrou não compreender a questão; um outro afirma sobre a existência do **“ensino centrado no professor com aulas expositivas para grandes grupos de estudantes e de inovações pedagógicas interessantes apenas em matérias opcionais”**, e faz questão de destacar que **“Prefiro aulas expositivas”**; outro associa a metodologia com os recursos tecnológicos e critica grandes diferenças entre as disciplinas **“..., existem áreas com grandes mudanças na metodologia de ensino (e-board, telas de LCD para cada aluno) e outras áreas que a aula é dada com retro-projetor e manivela”**; dois deles destacam a repetição de conteúdo e questionam o **“Ensino por meio de apresentação de seminários repetitivos (temas) pelos alunos propostos pelo professor”** e do **“Ensino baseado, majoritariamente, na distribuição de artigos, com espera na apresentação dos mesmos pelos alunos, mesmo que abordem o mesmo tema em todos eles”**; oito discentes identificam cada disciplina em um estágio, afirmam que o estágio (I, II ou III) depende da disciplina, concluem que no ciclo básico, está mais presente o estágio I e que o ciclo clínico têm predominância do estágio III; Todos os demais identificam o curso entre os estágios II e III, afirmar também que o estágio depende da disciplina, há em parte o ensino centralizado no professor fundamentalmente no ciclo básico, com aula teóricas ministradas em grandes grupos de estudantes, já as práticas são restritas a pequenos grupos de estudantes, utilizam como estratégias de ensino a problematização, estágios, grupos de discussão e aplicam avaliações somáticas e ou formativas.

Discussão

Dos universitários entrevistados 28,6% estão em IES localizadas na capital e 71,4% no interior do estado. Vindo de encontro às estatísticas do relatório do INEP (MEC/INEP/DEED, 2010) que relata que das IES localizadas no estado de Minas

Gerais 84,86% estão localizadas no interior do estado. No que se referem ao gênero, as estatísticas nacionais para a área de saúde e bem estar social identificam uma predominância feminina, também confirma estas estatísticas com referência ao turno, onde existe uma predominância pelo Integral (INEP- I Encontro Nacional do Censo da Educação Superior 2010). Dos que responderam a questão sobre a idade, 90,5% afirmaram estar na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo 75% de 20 e 24 anos e 15% de 25 e 29 anos. Estes últimos índices confirmam as estatísticas de pesquisas do INEP que cita a “defasagem serie” como um dos motivos da demora na formação acadêmica, esta defasagem pode ser uma relação da combinação do ingresso tardio e dos altos índices de repetências.

Analisando, também, iniciativas de mudanças curriculares e o debate em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina, no contexto do Promed- Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares em Medicina e discutindo aspectos de “avaliação e regulação” do ensino médico, no contexto do SUS, OLIVEIRA et al, 2007, observaram que:

(...) dois dos maiores conflitos desse debate, referem-se à abertura de novas escolas médicas e à instituição ou não do *exame de ordem* para a medicina, onde somente 11% (110 dos 1004 alunos) apoiariam sua implantação, concordando que é um *teste* importante. Dentre outros achados do nosso estudo, segundo metade dos estudantes pesquisados não se discute mercado de trabalho e somente 16% deles consideram que seu curso discute política de saúde, desde o primeiro ano da graduação. Embora 60% dos 1004 estudantes informem que utilizam como cenários de práticas as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais da rede SUS, só 21% dos alunos consideram que seu curso estabelece relações com atividades comunitárias. 52% consideram ótima (16%) e boa (36%) a informatização/multimídia em seus cursos. Apenas 20% querem trabalhar em medicina geral, como na Saúde da Família e somente 5% querem trabalhar em pequenos municípios, com cerca de um terço preferindo cidades médias, um terço cidades grandes e outro terço, metrópoles. 53% dos estudantes escolheram medicina por vocação e 63% pretendem ser especialistas (OLIVEIRA, et al, 2007, p. 15).

O Promed e o Pró-Saúde constituem políticas indutoras de mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde da maior importância, na medida em que tratam de uma atuação interministerial, diferindo, portanto, das políticas anteriores. Para os cursos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), constitui grande reforço ao processo de mudança que vinha se desenvolvendo (PUCCINI, et al 2012, p. 87).

Para REIBNITZ, et al, 2012, os programas indutores da reorientação profissional, fortaleceu-se a função social da educação superior e consolidou-se as parcerias interinstitucionais já existentes em Florianópolis.

Esses programas, de extrema importância para o direcionamento da formação e da assistência, promoveram o trabalho em equipe multiprofissional; qualificaram a assistência à saúde e o ensino na Atenção Primária à Saúde; e contribuíram para a resolução de problemas prioritários e melhoria dos indicadores de saúde. Com o incentivo e a aproximação cada vez mais efetiva promovida pelos programas ministeriais, os avanços vão se concretizando ao longo do tempo (REIBNITZ, et al, 2012, p. 74).

FERREIRA, FORSTER e SANTOS, 2012 em uma reflexão a partir da experiência de Ribeirão Preto, apresentam um conflituoso processo pautado pela busca de maior interação ensino-serviço, onde o controle social e a cogestão foram potentes instrumentos para consolidar as instâncias democráticas de decisão, apontando o desafio de avaliar o impacto dessa interação. Para eles:

A política indutora no município certamente imprimiu uma nova dinâmica na relação interinstitucional, criando uma roda de conversação que acolheu gestores, trabalhadores, estudantes e usuários em torno da complexa missão de convergência de interesses e saberes. A essência da discussão remeteu à compreensão, por todos os agentes, de que não se tratava apenas de construir salas e adquirir equipamentos, mas sim, de ter clareza sobre quais seriam a ambiência e a incorporação tecnológica, indispensáveis à reorganização da produção do cuidado, à reorientação da formação profissional e, conseqüentemente, ao alcance das metas educacionais e da qualificação da atenção prestada (FERREIRA, FORSTER e SANTOS, 2012, p.131).

A formação dos futuros profissionais da área da saúde sofre, hoje, a influência de diferentes conjunturas sócio-político-econômicas, assim como das tendências do mercado de trabalho para as diferentes profissões que integram este setor. Neste contexto, o envolvimento dos estudantes em assuntos sociais tem sido um aspecto bastante estimulado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, apontando para a possibilidade de responder às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (ERDMANN et al, p. 289 , 2009).

Baseando no relatório do II Seminário Nacional do Pró-Saúde, evento do qual a autora principal deste trabalho também participou, apresentamos abaixo relatos do coletivo de docentes, discentes, profissionais dos serviços de saúde, representantes dos conselhos de saúde e gestores que se configuram em relação de semelhança a muitas das frases dos discentes apresentadas nos resultados deste trabalho:

Eixo A – Orientação Teórica

Este campo de atividades aparece com menor expressão, até pela cultura de que o lugar da pesquisa é nas IES. No entanto, algumas iniciativas vêm ocorrendo e novas propostas foram feitas, como a criação de linhas de incentivo à pesquisa sobre Formação em Saúde e sobre Atenção Básica. A incorporação destas linhas de pesquisas nos Cursos de Mestrado e Doutorado das IES pode colaborar no reconhecimento da Atenção Básica enquanto lócus de desenvolvimento de produção de conhecimento.

Citam-se a exemplo de determinantes de saúde e doença com pesquisas ajustadas a realidade local, atividades em Epidemiologia: estudos epidemiológicos, conhecimento das doenças mais prevalentes no local. Investigação de casos e óbitos, com discussão com equipes e propostas de mudança da realidade. Conhecer indicadores pactuados e participação na elaboração metas/indicadores.

Espera-se apoio das IES aos trabalhadores dos serviços para participação em eventos científicos e pesquisa, com possibilidades de titulação como forma de valorização e aumento do conhecimento técnico-científico da equipe dos serviços.

Vale dizer que a Residência Multiprofissional foi reconhecida como auxiliar na integração e com potencial de impactar a graduação.

Volta-se então para uma das maiores necessidades apontadas pelos participantes e que deve ser redimensionada no programa, que é a de articular o Pró-Saúde com estratégias de Educação Permanente como ferramenta de transformação das práticas, desenvolvimento profissional dos trabalhadores, dos docentes e preceptores, realizando cursos de Pós - graduação *latu sensu* e *stricto sensu*, Mestrado profissional, cursos de formação dos ACS, métodos à distância oferecidos pelo MS/ME, via Internet, e outros.

Entre as experiências positivas, foi apontado que o estabelecimento de referenciais teóricos (Política de Saúde e Gestão) aglutinadores dos cursos facilita a comunicação e institucionaliza um discurso e as mudanças.

Eixo B- Cenários de Prática

Reconhecida como um dos desafios da reorientação da formação profissional, a articulação entre os diferentes saberes, campo e núcleo das profissões vem sendo buscada por meio de várias iniciativas. Mudanças curriculares estão acontecendo, com módulos ou fases, mas com dificuldade de articular os cursos.

A alocação de diferentes cursos no mesmo serviço como estratégia integradora, incluindo o acolhimento dos alunos e o reconhecimento de território feito conjuntamente, possibilita que atuem como membros de uma equipe multiprofissional, lidando com problemas de Saúde e podendo ampliar seu objeto de trabalho. Estas medidas podem ser reforçadas pela realização de sessões clínicas com estudantes de diferentes cursos e instituições. Neste aspecto, foi citada a necessidade de se estabelecer claramente qual é o objeto do trabalho multidisciplinar, pois existe uma apreensão acerca da perda do espaço profissional.

Outras vezes, consegue-se apenas a integração pontual nos cenários de prática com intencionalidade de qualificação, via matriz curricular, pois há uma dificuldade de compatibilizar os tempos curriculares e os tempos para a prática conjunta.

As atividades de extensão e pesquisa também servem de substrato para a mudança, como a realização de pesquisas integradoras, eventos conjuntos dos cursos, atividades de Extensão usadas como articuladoras dos cursos: ligas acadêmicas, projetos de extensão, etc.

De um modo geral, há preocupação com a estabilidade no funcionamento do serviço, de modo a garantir a continuidade das atividades docente-assistenciais, variabilidade dos cenários de práticas inovadoras, para satisfazer as necessidades de formação e serviços que ampliem a integração aprendizagem/serviço/comunidade.

Critério bastante usado nos grandes municípios é a regionalização, com divisão de territórios entre as escolas, buscando cobrir áreas de maior vulnerabilidade social, com baixo índice de desenvolvimento humano, população de cobertura bem definida e com dificuldades de acesso. Quanto ao modelo de atenção, existe preferência pelas unidades que contam com equipes de Saúde da Família, pois amplia a possibilidade de trabalhar em equipe multiprofissional e de

estabelecer uma adequada inserção na comunidade. Existe facilitação das atividades quando o docente é profissional da Saúde da Família.

No entanto, existem situações nas quais o que conta para a escolha dos serviços é a pactuação entre a instituição de ensino e o gestor do SUS, a vontade política de ambos. Outras vezes a proximidade da universidade pela facilidade de acesso a depender das características do município, a aceitabilidade da equipe local e facilidade de diálogo e a capacidade da unidade de Saúde para receber o projeto (infra-estrutura física, perfil da equipe, equipe mais estável).

Um fato a se destacar é que algumas atividades básicas (grupos) só acontecem com a presença e atuação dos alunos, sendo atividades aluno – dependentes e a estruturação dos estágios das IES não garante a continuidade das atividades desenvolvidas nos serviços, gerando duas versões de um único problema, que é a garantia do atendimento à população.

A participação de profissionais das IES nas Unidades de Saúde em tempo integral para garantir os programas assistenciais e formadores de forma integrada, e para que construam mais vínculo com os serviços, independente de contarem com alunos foi apontada como positiva. Existem experiências nas quais o profissional tem vínculo com a IES e com a rede, por meio de convênios.

Para fortalecer a inserção dos alunos nos serviços, várias iniciativas dos gestores foram apontadas como significativas para o sucesso do projeto. Uma delas é o reconhecimento por estes do papel dos serviços na formação profissional e da contribuição das IES na qualificação dos serviços, o que deveria reverter em apoio político ao programa.

E no que diz respeito aos Ministérios da Saúde e da Educação, sugeriu-se que o desenvolvimento de ações multiprofissionais seja inserido como critério de avaliação nos diversos projetos financiados por estes órgãos.

Eixo C – Orientação Pedagógica

Das experiências relatadas algumas sinalizam o fortalecimento das articulações interdisciplinares, como por exemplo, o planejamento conjunto entre disciplinas de um mesmo período. Contudo, ainda existe um currículo formal e outro currículo “oculto”, mantido na prática à custa da resistência à mudança por parte de alguns docentes, sendo que vários deles desconhecem as diretrizes curriculares. Uma constatação é que a qualificação técnica/pedagógica dos docentes precisa melhorar, a fim de viabilizar a inserção e acompanhamento dos alunos no processo de reorientação da formação.

Propuseram-se algumas diretrizes para a seleção de pessoal para a rede docente/assistencial, como recomendação às IES selecionarem docentes com o perfil direcionado para a Estratégia Saúde da Família/Saúde Coletiva/Saúde Comunitária, assim como os municípios adotarem diretrizes coerentes com as novas propostas curriculares.

E ainda recomendou-se que os órgãos reguladores das atividades universitárias revissem os critérios de avaliação da produção profissional e dos docentes na perspectiva da valorização das ações gestoras e de formação profissional em serviço.

Foram relatadas também algumas experiências de encontro à análise crítica dos serviços tais como: ações de reconhecimento e análise situacional do território: mapeamento de riscos, visitas domiciliares, cadastramento e/ou atualização do cadastro de família, identificação das necessidades de Saúde da população adstrita e da oferta de apoio bio-psicossocial na região, outras ações ligadas ao Planejamento e Gestão em Saúde nos quais a participação dos alunos nas atividades da gestão facilita a integração com as equipes a exemplo do Planejamento Estratégico em Saúde, assim como as reuniões de equipe, reunião com comunidade, serviço e aprendizagem. Promovendo o conhecimento, contato e reflexão sobre diferentes realidades, exemplificando cita-se o Conhecimento da Política de Reforma Psiquiátrica, no acompanhamento de usuários em tratamento em CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

Muita inovação tem sido construída no sentido de redesenhar o formato dos currículos dentro de cada curso, modos de articular os diferentes cursos da área da Saúde e os serviços. Ainda assim, pelo relato dos participantes do seminário, há muito para ser feito, no sentido de reorientar a construção do currículo valorizando a articulação entre teoria, prática e modelo de atenção que atendam às necessidades do SUS (HADDAD, et al, 2008).

Os resultados deste estudo demonstram a presença de pressupostos das orientações da transformação no cenário das instituições de ensino no estado de Minas Gerais. E também provoca questionamentos: até que ponto os estudantes de cursos da área da saúde, atores principais deste processo, estão aderindo às atuais tendências da formação? E ainda, quais seus conhecimentos e expectativas acerca do SUS?

Ao pesquisarem sobre o PROMED, OLIVEIRA et al, identificam que

(...) dois estudantes apresentam concepções tão díspares embora sejam alunos da mesma escola e estejam envolvidos pelo mesmo ambiente acadêmico, bem como submetidos aos mesmos processos educacionais e ao mesmo currículo, o que nos leva a supor, como dito antes, que existe um conjunto de fatores que estão e vão influenciar o processo de mudança na educação médica, bem como a compreensão e resposta dos estudantes (OLIVEIRA et al, 2007, p.114).

É curioso, que haja paradoxos entre as respostas dos questionários, pois o que para alguns representa uma fortaleza e fonte de motivação, para outros, é justamente, uma debilidade do sistema, como podemos ver nos exemplos de depoimentos de quem acredita que falta aprofundar mais nos temas relacionados ao SUS, com foco na atenção primária, em contraponto àqueles que não o querem, ou entendem que existe um exagero de aulas com este tema em detrimento de outros, considerados pelo discente como mais importante. O mesmo fato também pode ser percebido em depoimentos dos discentes quando se expressam sobre o modelo de mudança metodológico proposto pela orientação pedagógica. Permitindo fazer inferências de que muitos dos alunos que ingressam nos cursos de saúde, anseiam pelo sistema tradicional clássico, biologicista, baseado no modelo flexneriano.

Ressalte-se que as mudanças curriculares reconhecem a Atenção Básica como um locus privilegiado para as mudanças no processo de formação, uma vez que ali é mais institucionalizada a adscrição da clientela e o cuidado longitudinal, abordagens sistêmicas das famílias e vínculo com as ESF (HADDAD, et al, 2008 p.20).

Podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento- centrada. O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. Na abordagem clássica da formação em saúde, o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional (CECCIM, FEUERWERKER, p.1402, 2004).

Refletindo, ainda neste ponto, pode-se perguntar que nexos se estabelecem entre os referenciais teóricos que há muitos anos tentam se implantados na proposta de reformulação da formação profissional em saúde, considerando o modelo ideal de profissional para o sistema de saúde brasileiro e o contexto real dos desejos da sociedade em relação ao perfil do profissional de saúde que ela aspira, ou que os profissionais pretendem ser?

Em se tratando dos nexos entre os referenciais dos movimentos de mudança na prática da formação em saúde, com foco nas atuais tendências pedagógicas e o contexto, para Rodrigues e Caldeira,

Eles se estabelecem ao se caracterizar por pedagogias que descentram o processo de transmissão do conhecimento para focalizar nos métodos de sua transmissão o que, em nossa avaliação vai ao encontro do cenário nacional de precarização da formação superior e da condição de país consumidor de bens e serviços, longe da autonomia na sua produção que teria como uma possibilidade a consolidação de instituições solidamente firmadas e que oferecessem educação de alto nível aos seus alunos. Neste particular eles mais servem do que contestam o estado da divisão internacional do trabalho e do poder entre as nações (RODRIGUES e CALDEIRA, 2008, p.635).

(...) O que estamos alertando é que não se negligencie a importância do saber sistematizado, científico e até tecnológico, pois eles são nucleares. Da mesma forma, não se pode abrir mão de saberes oriundos das outras áreas do conhecimento que são importantes para fazer avançar a atenção e o entendimento humano que é o centro da atenção à saúde. O balanço entre formação técnica e humana é o ponto que devemos fazer o esforço por alcançar. Ao negligenciar a transmissão inclusive dos conhecimentos tecnológicos de ponta, estaremos na verdade formando na direção de um sistema de saúde simplificado, com profissionais pouco consistentes, para atender uma grande maioria que só terá acesso a saúde simplificada, portanto, em concordância com os encaminhamentos das políticas sociais num contexto de Estado que tem se distanciando progressivamente do oferecimento dos serviços. (...) Assim, é preciso estar atentos ao fato de que há um potencial efetivo de que a formação, ao partir de uma prática assistemática, ao privilegiar, principalmente, o que é valorizado pelo aluno,

ao valorizar a não transmissão de conhecimentos, fomenta uma formação inconsistente, com profissionais na verdade incapazes de fazer efetivamente o ato da reflexão. (...) Entretanto, é um alerta para a adoção de pedagogias tão abertas que não assegurem uma formação consistente do ponto de vista do conhecimento historicamente construído e sistematizado por esta área de formação e prática profissional. Ainda é preciso registrar que os princípios pedagógicos identificados para análise, não foram explorados em todas as suas dimensões e possibilidades exigindo aprofundamento continuado na busca de orientação para a formação (RODRIGUES e BAGNATO, 2005, p.218).

Ceccim e Feuerwerker, p.1402, 2004, afirmam que a crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há muitos anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em várias carreiras, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos.

Mesmo com toda a boa intenção das propostas contidas no Plano Político Pedagógico dos cursos da área da saúde, para formar para o SUS, é importante destacar uma força contrária, de longa data, que tornou o tecnicismo e a forte biologização dos conteúdos como os únicos válidos e significativos para a formação. Percebe-se, a partir das mudanças curriculares e pedagógicas, tentativas de romper com tal lógica, porém, o ensino crítico tem ainda um longo caminho a percorrer, cheio de percalços, até alcançar algum impacto na prática. Permanece a provocação para mais estudos acerca das mudanças e adequações curriculares nos cursos da área da saúde, buscando, principalmente, a atenção às necessidades de saúde da população e consolidação do SUS como sistema de saúde no país. Há uma grande expectativa em relação à atuação dos egressos formados a partir de novos currículos, pois somente eles poderão comprovar ou não o investimento material e humano feito pelas escolas e instituições formadoras desses profissionais (ERDAMANN, et al, p. 293, 2009).

Considerando as relações teóricas e epistemológicas entre o fundamento pedagógico das Diretrizes Curriculares Nacionais no que tange a pedagogia das competências e a concepção de direito à saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, PEREIRA e LAGES, 2013, p. 326, problematiza

Ainda que essa teoria possa contribuir com aspectos técnicos e para a ética micropolítica dos trabalhadores, entendemos que a sua fundamentação filosófica aproxima-se da tríade *competência–qualificação–adaptabilidade*, que estrutura um modelo de formação capacitado a atender as exigências do mercado. Dessa forma, é possível refletir sobre a possibilidade de o paradigma das competências colaborar para o fortalecimento da racionalidade técnico-instrumental na formação em saúde, amplamente disseminada pelo discurso biomédico e pelo modelo da medicina científica em detrimento da atuação política dos trabalhadores da saúde. Essa reflexão não apenas decorre da expectativa do movimento da Reforma Sanitária por uma formação de profissionais pautada no direito à saúde para os exercícios técnico, ético e político, como também emerge das aproximações entre o texto do relatório final da VIII CNS e os princípios da

filosofia da práxis, em oposição a alguns dos aspectos da filosofia pragmática e, por conseguinte, da pedagogia das competências. Importa, ainda, lembrar que a exposição dos alunos tem sido feita precocemente às ações da Rede Básica e menos aos serviços de outros níveis de atenção, ainda que ocorra a busca de matizar as opções com práticas no hospital geral e ambulatórios especializados. A integração entre os níveis de assistência tem sido difícil, mesmo com a perspectiva de se trabalhar os ciclos de vida e situações transversais, pela falta de articulação dentro do SUS (HADDAD, et al, 2008,p.21).

O fato da estratégia da Saúde da Família não ser a única forma de organização da Atenção Básica, sobretudo nos grandes municípios, traz dúvidas quanto ao perfil da formação profissional, o que piora quando se trata da atenção hospitalar, em que as mudanças de modelo quase não aconteceram no processo de trabalho, gestão da clínica, integralidade, clínica ampliada, inserção no Sistema de Saúde, humanização, etc. Há que guardar coerência entre os cenários das práticas, sua diversidade e sua complementaridade, no sentido de que ampliem a percepção do aluno acerca das necessidades de Saúde da população e reforcem a prática em equipe multidisciplinar (HADDAD, et al, 2008, p.29).

Costa, et al 2012, em um estudo sobre a compreensão do modelo de atenção básica nas ações de saúde, inferi que uma proposta de intervenção seria ações voltadas para a educação em saúde, abrangendo uma maior capacitação dos profissionais estudantes da área da saúde e também população, para que estes pudessem estar mais familiarizado com o modelo vigente, pois em seu estudo muitos se mostraram afastados dos conceitos atuais. E ainda afirma que:

Não é possível desenvolver um determinado modelo se os envolvidos no processo não estão a par dos fundamentos. Além disso, o desenvolvimento de um novo modelo assistencial com base nos princípios do Programa Saúde da Família (PSF) não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas. Tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que eles reflitam os pressupostos do SUS no cotidiano dos profissionais e no atendimento das necessidades de saúde da população (COSTA et al, 2012 p.62).

Para Almeida et al, 2012, a busca de uma prática atuante na estratégia de formação de recursos humanos para o SUS do nosso país, precisa tornar realidade a relação professor-aluno de forma horizontal, e não imposta, pois os alunos participam do processo juntamente com o professor.

Na percepção de HADDAD, et al,

Esta prática está levando a que mais alunos optem por estágios na rede de Atenção Básica, como um possível resultado do programa. A partir disto a construção e valorização de currículos mais flexíveis que promovam maior autonomia dos alunos na trilha do seu processo de formação, acompanhada de novos conteúdos teóricos e práticos pode dar sustentabilidade às mudanças (HADDAD, et al, 2008, p.20).

Assim, faz-se necessário uma reflexão na busca de modelos de intervenção mais abrangentes, requer de um lado uma reflexão sobre os fundamentos teóricos que sustentam as novas propostas de ação em contraponto com o papel pedagógico da educação de bancada que ensina de forma simplista segregando disciplinas e temas complexos e de outro lado, uma análise escrupulosa da necessidade concreta, do ensino universitário que demanda por um modelo problematizado e integrado, que ao contrário da anterior, promova o desenvolvimento crítico como meio de superar as contradições da realidade versus a intencionalidade.

Considerações Finais

Assim como na literatura, na sociedade os estudantes de cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de Minas Gerais, também se identificam entre duas linhas de pensamento. Há alunos que priorizam o sistema tradicional clássico de ensino, percebendo o processo de mudança como uma substituição negativa e prejudicial e aqueles que caminham concordando com o sentido da proposta de reorientação da formação profissional, que valoriza as práticas inovadoras de ensino realizadas predominantemente no SUS, com prioridade para a atenção primária e objetiva a formação de profissionais generalistas.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Magda Moura; MORAIS, Porto Rui; GUIMARÃES, Danilo Frota;
MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; DINIZ, Rita de Cassia Moura; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares. **Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.1):119-126;2012.

BARDIN, Laurence. Tradução: Luís Antônio Antero Reto; Augusto Pinheiro. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti; ALMEIDA, Marcio José. **A REDE UNIDA e o movimento de mudança na formação profissional de saúde**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: 2006.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases (LDB)**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 04/97 O MEC, por intermédio da SESu torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC**. Diário Oficial da União de 12 de dezembro de 1997, p. 26920, seção III.

BRASIL, Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep. Diretoria de Estatísticas Educacionais. **Relatório do I Encontro Nacional do Censo da Educação Superior**. Fevereiro de 2012. Disponível em: <<http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/encontro_nacional/2012/relatorio_final_I_ENCES_v1502.pdf>> Acesso: Abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **O SUS e a formação de recursos humanos em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta de Incentivo à Reorientação do Ensino Superior em Saúde**. Revista Olho Mágico, Ano 5. Nº 20, outubro de 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BURGES, Robert G. **A pesquisa de Terreno. Uma introdução**. Selecionar estratégias na pesquisa de terreno. Celta Editora: Oeiras, pág. 57-83, 1997.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

COSTA, Maria Cristina Guimarães; RAMALHÃO, Chrystinie de Lourdes; PETERSEN, Amanda de Gouvêa; PIO, Júlio Augusto Trindade, BERBARE, Sarah; MELO, Vanessa Ferreira Amorim de; CREMPE, Yuri Bonicelli. **As ações do serviço**

de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.1):57-63;2012.

ERDMANN, A.L.; RODRIGUES, A.C.R.L.; KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; DRAGO, L. C.; KLOCK, P. **O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde.** Acta Paulista Enfermagem. 2009;22(3):288-94.

FERREIRA, Janise Braga Barros; FORSTER, Aldáisa Casanho; SANTOS, José Sebastião dos. **Reconfigurando a interação entre o ensino, serviço e comunidade.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.1):3-4 ;2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; AMARAL, Márcia. **II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.** Brasília: 29 e 30 de maio de 2008. 35p. Disponível in:
<http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf> Acessado em 08/08/2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: **teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80p.

MELO, Mariângela Monteiro; ALMEIDA, Márcio José. IVAMA, Adriana. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia:** processo de

construção e perspectivas de implementação. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de; ALVES, Luiz Anastácio. **Ensino Médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde, 2007, p.201.

PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LAGES, Itamar. **Diretrizes Curriculares para a Formação de Profissionais de saúde: competências ou práxis?** Trabalho Educação Saúde, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.

PUCCINI, Rosana Fiorini; GABRIELLONI, Maria Cristina; ÁVILA, Clara Regina Brandão de; FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de; ANDREZZA, Rosemarie; VENTURE, Renato Nabas. **O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Contribuições para institucionalização e integração universidade/serviços de saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

REDE UNIDA. **Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde**. Olho Mágico, 1998, ano 4. n. 16, p. 11-28.

População jovem no Brasil / IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 55 p. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil/populacaojovem.pdf>> Acesso: Abril de 2012.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; DAUSSY, Maria Francisca dos Santos; SILVA, Carlos Alberto Justo da; REIBNITZ, Marynes Terezinha; KLOH, Daiana. **Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da implantação dos**

projetos Pró-Saúde I e II. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

RODRIGUES, Rosa Maria; BAGNATO, Maria Helena Salgado. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação.** Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP, 2005. p. 265.

RODRIGUES, R.M.; CALDEIRA, S. **Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília: 2008 set-out; 61(5): 629-36.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; OLIVEIRA, Marilda Siriani de; SILVA, Silvio Fernandes da; LIMA, Valéria Vernaschi. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.** Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2008. 28p.

Sinopse do Censo da Educação Superior 2009/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Disponível em:

<<http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/sinopse_da_educacao_superior_2010.xls>>. Acesso: Março de 2012.

Sinopse do Censo Demográfico 2010/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261p.

Disponível em: <<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>> Acesso: Março de 2012.

ARTIGO IV

Expressões discentes: categorias que adjetivam a formação profissional em saúde

Resumo

O presente artigo apresenta e analisa dados coletados por meio de um questionário aplicado, no ambiente acadêmico, a estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. A aplicação do questionário visava identificar expressões acadêmicas sobre os cursos de graduação em saúde (Enfermagem, Medicina e Odontologia) em relação aos vetores definidos pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), em Minas Gerais. Tais expressões, devido à forte repetição, representam categorias que adjetivam a formação profissional em saúde, na opinião dos estudantes, com bases acadêmicas de uma educação hegemônica no que se refere à atenção básica, como inquestionável alavanca propulsora da reorientação.

Introdução

As preocupações com as questões referentes aos recursos humanos em saúde vêm de longa data. Reflexões e recomendações sobre o assunto podem ser encontradas em inúmeros registros históricos de diversos países, inclusive o Brasil, tal como se pode ver nos trechos abaixo.

Nos últimos anos, o Brasil vem implementando algumas políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente nos setores de saúde e de educação. Na saúde há uma grande mobilização no sentido de reorganizar e ampliar as ações básicas, como estratégia de substituição do modelo hegemônico de organização do cuidado à saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento especializado e complexo (MELO e ALMEIDA, 2004).

Neste cenário múltiplo e complexo, a mudança da formação se estrutura em inúmeros processos e tentativas. O Homem é histórico e precisa olhar para o passado para entender seu presente e planejar seu futuro. Entendendo os movimentos anteriores, faremos das novas experiências tentativas mais próximas do sucesso, além de proporcionar a valorização dos atores que vivenciaram as políticas anteriores. Novas políticas públicas pró-mudança na formação necessitam ser construídas coletivamente, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS. O apoio a novas lideranças e o estímulo qualificador, não só financiador, é um dos caminhos para a reforma da educação superior em saúde (GONÇALVEZ e ALMEDIA, 2010, p.16).

Historicamente, os cursos de graduação da área da saúde, tiveram uma grande expansão, o mesmo comportamento ocorrido, desde meados da década de 90, com a educação superior como um todo.

No entanto, essa expansão se deu sem um planejamento estratégico, que ancorasse as Políticas Públicas, e que considerasse as necessidades e as especificidades regionais de um país de dimensão continental como o Brasil. Além disso, o sistema de educação superior passou a ter uma forte presença do setor privado. Nesse sentido, a política atual do Ministério da Educação trabalha no fortalecimento e expansão do segmento público, notadamente o federal (BRASIL, 2006, p.531).

Quanto à distribuição dos formandos de saúde, em especial a Enfermagem, Medicina e Odontologia, VIEIRA et al, afirmam

Embora tenha sido observado que no país existe uma oferta substancial de egressos das três graduações, o que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões, bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. Esses fatos consistem em uma questão relevante para a formação destes profissionais, porque, aliada à proliferação de escolas, primordialmente privadas, e à massificação do ensino, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades dessas formações, que exigem importantes laboratórios, tecnologia e infra-estrutura (VIEIRA et al, 2004, p.1999).

A excessiva especialização observada na área da saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Apesar dos avanços obtidos com a incorporação de uma área dedicada à abordagem dos aspectos preventivos, sociais e comunitários, na década de 1950, somente as vantagens obtidas, no campo da pesquisa epidemiológica e social, não foram suficientes para induzir um novo modelo de prática profissional orientada à atenção básica (BRASIL, 2007).

Vieira et al (op. cit) destacam que têm se buscado mecanismos de regulação para a abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade e de regionalização. Segundo esses autores, o Ministério da Saúde, por intermédio da

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), propôs a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, visando estabelecer um espaço de integração interinstitucional para a proposição de alternativas de integração universidades-serviços. Buscava-se com isso um ordenamento da formação com o desenvolvimento permanente dos trabalhadores na saúde (VIEIRA et al, op. cit). Posteriormente, foi atribuída, aos pólos, uma função deliberativa a ser exercida pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Comissão esta que embora atualmente esteja instalada em todos os Estados da federação, em algumas regiões ainda não se encontra implantada efetivamente a ponto de desenvolver com plenitude todos os seus objetivos. Segundo Souza *et al*

(...) tem que se levar em conta que muitos programas e políticas públicas não têm continuidade devido a mudanças de direção administrativa e eleitorais. Muitas políticas públicas são criadas em planos de governo e/ou por demandas sociais, são consideradas prioritárias em quatro ou cinco anos e se realizam em ambientes de múltiplos interesses, em processo contínuo de decisões, modificando-se permanentemente (...) Hoje, uma situação e programa políticos podem estar em via de substituição ou simplesmente ser abandonados. Então, foi criada a Política de Educação Permanente, por meio do Pólo de Educação Permanente em Saúde, para os setores da saúde e da educação, para as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente os estudantes da área de saúde, os trabalhadores de saúde e os conselhos de saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS (SOUZA et al, 2011, p.23).

Para dar concretude à referida Política de Educação Permanente, no sentido de gerar um novo modelo de prática profissional e de promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, foi publicada, em 2005, a portaria interministerial nº 2.118, que institui parceria entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Segundo os termos da referida portaria, a integração das políticas interministeriais é desenhada como um avanço no que concerne à articulação entre ações e procedimentos como se depreender no texto abaixo (BRASIL, 2007).

Na área de Recursos Humanos, considerada estratégica para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com a preocupação com a formação inicial e continuada e com o desenvolvimento e valorização destes profissionais, se constitui num avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação dos profissionais de saúde na formulação e na implementação de estratégias desse nível de atenção (BRASIL, 2006, p.533).

Como continuidade dessa integração, lança-se, ainda em 2005, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da portaria interministerial nº 2.101 do MS/MEC. Este emerge com papel indutor de transformação do ensino de saúde no Brasil. Surge como estratégia de reorientação da atenção básica e do modelo de atenção à saúde no país, e, ainda, como um instrumento de incentivo para transformação do processo de formação articulando geração de conhecimento com a prestação de serviços à população dentro de uma abordagem integral do processo saúde-doença.

Com base nessa proposta de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil e considerando que o Pró-Saúde se encontra ainda em fase de implementação, entendeu-se que seria importante conhecer a percepção dos estudantes sobre esse processo que vêm sendo desenvolvido nos cursos em que estão freqüentando. Assim, foi realizada uma pesquisa nesse sentido, envolvendo estudantes de diferentes IES de Minas Gerais das áreas de Medicina, de Enfermagem e de Odontologia

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados de uma consulta feita a esses estudantes sobre o cenário atual dos cursos aos quais frequentam, na qual obtivemos manifestações da parte deles sobre o nível de cumprimento das metas em consonância com os vetores do Pró-Saúde e dos aspectos de sua formação relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva, desenvolvida por meio da aplicação de questionários com questões abertas e fechadas, aplicados no ambiente acadêmico dos sujeitos da pesquisa após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 0065.0.203.000-10.

O mais importante nesse processo foi o planejamento do questionário e a escolha dos temas que seriam incorporados às questões. De certa forma, princípios e metas do referido Pró-Saúde foram traduzidos em termos de assertivas, pois era isso que se pretendia captar nos momentos em que os estudantes não só

assinalavam as questões segundo a sua veracidade ou falsidade como também quando eles discordavam da premissa apresentada e descreviam o seus próprios entendimentos usando expressões verbais a partir de seu entendimento acerca da sua formação, do seus professores e das práticas pedagógicas a que estão submetidos em suas IES

Assim, a população do estudo é formada por discentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de Instituições de Ensino Superior (IES) mineiras. Os cursos foram subdivididos nos seguintes grupos: Grupo I- Cursos participantes do Pró-Saúde I (n= 14), Grupo II- Cursos participantes do Pró-Saúde II (n= 11) e Grupo III- Cursos não participantes do Pró-Saúde (n= 07).

A questão que orienta a amostragem não probabilística relaciona-se à homogeneidade fundamental que está presente na amostra, isto é, aos atributos definidos como essenciais presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais.

Para selecionar os participantes do estudo, utilizou-se um procedimento não probabilístico por meio da qual se definiu as instituições participantes e aplicou-se um questionário ao número máximo de discentes (fechamento por exaustão: em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis) de cada turma. Em elementos deste universo de forma totalmente aleatória e não especificada, convidou-se no ambiente acadêmico, alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, de cursos pertencentes a IES particular de Minas Gerais participante do Pró-saúde e IES pública do estado de MG a participarem da pesquisa.

Apenas para lembrar, a amostra intencional consiste na escolha de um grupo ou comunidade com características prescritas nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. A principal vantagem da amostragem por intencional está nos baixos custos de sua seleção. Entretanto, requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado (Gil 1999, p. 104).

O primeiro contato com as instituições foi realizado através de convite por correio eletrônico direcionado ao coordenador de curso, enviando uma copia do projeto e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Em todos os casos em que houve resposta imediata, estabeleceu-se o agendamento do dia e horário da

aplicação do questionário. Caso contrário, procedeu com contato telefônico diretamente com o coordenador.

A seguir, a pesquisadora principal visitou as cidades sedes de cada curso, apresentando-se pessoalmente ao coordenador de curso. Este a direcionava à sala de aula dos alunos, cuja entrevista já havia sido agendada. Após ser apresentada a turma pelo coordenador ou docente responsável, a pesquisadora efetuava a leitura coletiva do TCL, explicando a proposta da pesquisa aos alunos e convidando-os a participar. A seguir processava-se a entrega do TCL e do questionário a todos os discentes. Atribui-se como critério de exclusão o não comparecimento do discente no dia da aplicação do questionário.

Os alunos responderam questões que tinham como conteúdo os princípios e as metas que o Pró-Saúde trazia em seu bojo e que o constituía como um guia “pedagógico” que deveria orientar a formação dos estudantes da área da saúde, cujos cursos e suas respectivas IES tivessem aceitado participar do referido programa. A proposta era conhecer como os estudantes estavam lidando com o desenho de formação extraído do Pró-Saúde. Para que pudesse haver um contraponto a essa ideia central, buscou-se incluir, na aplicação do questionário, estudantes que cursavam as mesmas áreas de estudo da saúde já assinaladas, só que em IES que não participavam do Pró-Saúde. Teriam eles opiniões diferenciadas ou não?

Em termos técnicos, transformaram-se os vetores do Pró-Saúde em assertivas para que os discentes respondessem se eram falsas ou verdadeiras. A primeira parte do questionário consta de nove questões de múltipla escolha (vetores 1 ao 9). Cada questão com três alternativas de resposta em ordem crescente de estágio (I, II, III). A seguir o aluno respondeu dez questões de marcar como verdadeira ou falsa (vetores 1 ao 9 + objetivos). Estas questões contêm evidências que comprovavam a situação de estágio III (Imagem-objetivo), ou seja, para ser classificado como estágio III, o curso tem que apresentar as evidências descritas nas alternativas. Caso o aluno não identificasse sua escola em nenhum das alternativas, ele poderia descrever qual a sua opinião quanto à situação de seu curso na questão aberta complementar a cada questão (IV- outras).

A aplicação do questionário aos discentes ocorreu em sala de aula, com data definida e prazo pré-estabelecido (30 a 50 minutos), agendado, previamente

conforme disponibilidade da escola e dos sujeitos da pesquisa. O instrumento continha perguntas quanto à inserção das propostas do Pró-Saúde, nas atividades do curso e versou sobre categorias analíticas, subdividas em variáveis com nível de medida ordinal.

Finalizada a coleta de dados, as informações recolhidas pelo questionário foram processadas e digitadas no software Statistical Package for Social Sciences-SPSS 17.0 para posterior análise. Os dados foram dispostos em tabelas e gráficos e analisados estatisticamente. Para a análise, a primeira etapa consistiu em transformar dados brutos em informações úteis e simplificadas para apresentação.

Para obter uma boa visualização de todas as informações necessárias, ao lidar com grandes conjuntos de dados, agrupou-se o conjunto de dados em certo número de classes, intervalos ou categorias. Essa forma de reclassificação chama-se de distribuição de freqüência, pois apresenta os dados de maneira relativamente compacta, possibilitando uma visualização global, com informações adequadas aos propósitos estabelecidos (COSTA e DOMINGUES, 2007).

Para as questões abertas, foi aplicada, a análise de conteúdo. “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.” (BARDIN, p. 48, 2011).

Dentre as diversas técnicas empregadas para análise das comunicações, conceituadas como análise de conteúdo, optou-se, neste estudo, pela técnica da análise temática, utilizando o tema como unidade de registro, pois o tema se refere a uma unidade maior em torno do qual tiramos à conclusão (MINAYO, 2001).

Minayo (2004, p. 209) relata que “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.”

Numa primeira etapa, organizou-se o material a ser analisado por meio da pré-análise, selecionando-se todos os registros e os categorizou conforme os vetores. Durante a análise do material coletado foram construídos quadros para melhor visualização das características de cada vetor. Segundo Minayo (2004) p.

209, “a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.”

Posteriormente, foi feita a exploração do material propriamente dita, que consiste essencialmente na operação de codificação: recorte do texto em unidade de registro (tema), bem como a classificação e agregação dos dados de acordo com as categorias especificadas por temas (MINAYO, 2004).

Com o aprofundamento das leituras, os temas foram sendo agrupados até se chegar ao desenho final das categorias analíticas apresentados na árvore de categorias com os panoramas de análises vetoriais dos trechos significativos.

E finalmente, interpretaram-se os resultados obtidos. A partir daí o analista propõe inferências e adianta interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Resultados

Foram analisados o perfil dos estudantes e algumas informações das IES tais como: a sua localização e a região em que está inserida, os turnos dos seus cursos e a sua categoria administrativa.

A pesquisa foi realizada em 15 IFE(s) situadas em 11 cidades, nas diferentes regiões do Estado de Minas Gerais. Dos 1025 estudantes que participaram da pesquisa, têm-se as seguintes caracterizações: 420 (41%) estavam matriculados no curso de Enfermagem, 310 (30,2%) em Medicina e 295 (28,8%) em Odontologia. No que se refere à natureza da escola, 644 (62,8%) estudavam em IES Pública. Quanto à disponibilidade de tempo dedicada ao estudo, a maioria, 795 (77,6%), frequenta curso de turno integral, 124 (12,1%) turno matutino, 35 (3,4) turno vespertino, 61 (6%) noturno e 10 (1%) não responderam essa questão. No tocante ao gênero, o predomínio é das mulheres, 715 (71,9%) alunas fizeram parte do nosso universo de pesquisa.

Em relação ao período em que se encontravam quando responderam ao nosso questionário, 2 (0,2%) estavam matriculados no primeiro período, 30 (2,9%) no terceiro período, 150 (14,6%) no quarto, 159 (15,5%) no quinto, 251 (24,5%) no

sexto, 285 (27,8%) no sétimo, 87 (8,5%) no oitavo, 55 (5,4%) no nono período e 11 (11,6%) não responderam.

A variável faixa etária ficou assim distribuída: 1 (0,1%) era menor de 15 anos, 1 (0,1%) tinha entre 15 a 17 anos, 39 (3,8%) tinham entre 18 a 19 anos, 747 (72,9%) entre 20 a 24 anos, 154 (15%) entre 25 a 29 anos, 48 (4,7%) de 30 a 38 anos, 5 (0,5%) de 40 a 49 anos e 1 (0,1%) tinha entre 50 a 59 anos, não responderam 29 (2,8%).

Para facilitar a análise, no que tange a distribuição geográfica, Minas Gerais, foi dividida em cinco grandes áreas com base, no quadro 7.

Quadro 7- Distribuição geográfica do estado de Minas Gerais

Divisão para Análise	Minas Gerais - Divisão em Mesorregiões
Metropolitana	Central Mineira; Metropolitana de Belo Horizonte e Oeste de Minas
Nordeste	Jequitinhonha; Vale do Mucuri; Vale do Rio Doce
Norte	Noroeste de Minas; Norte de Minas
Sul	Campo das Vertentes; Sul e Sudoeste de Minas; Zona da Mata
Triângulo Mineiro	Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba

Somente 167 (16,3%) dos pesquisados estavam matriculados em universidades do Norte e Nordeste do estado. A maioria 385 (37,6%) se concentra em instituições localizadas na região centro-metropolitana do estado, seguidos de 283 (27,6%) da região do Triangulo Mineiro e 190 (18,5%) na região Sul mineira.

Dos 420 universitários do curso de Enfermagem 46,9% estão em IES da região Metropolitana. Dos 310 universitários do curso de Medicina 36,8% estão em IES do Triangulo Mineiro. Já dos 295 universitários do curso de Odontologia 32,9% estão na região Sul/Sudeste do estado.

A maioria dos estudantes pesquisados, 897 (87,5%), respondeu sobre a renda familiar. Destes, 72,60% declararam possuir renda familiar de 3 a 20 salários mínimos.

Observa-se que nas IES públicas 30,54% possuem renda familiar de 5 a 10 salários seguidos de 23,97% com renda de 10 a 20 salários e 22,17% com renda de 3 a 5 salários. Apenas 14,28% não possuem renda ou possuem renda de até no

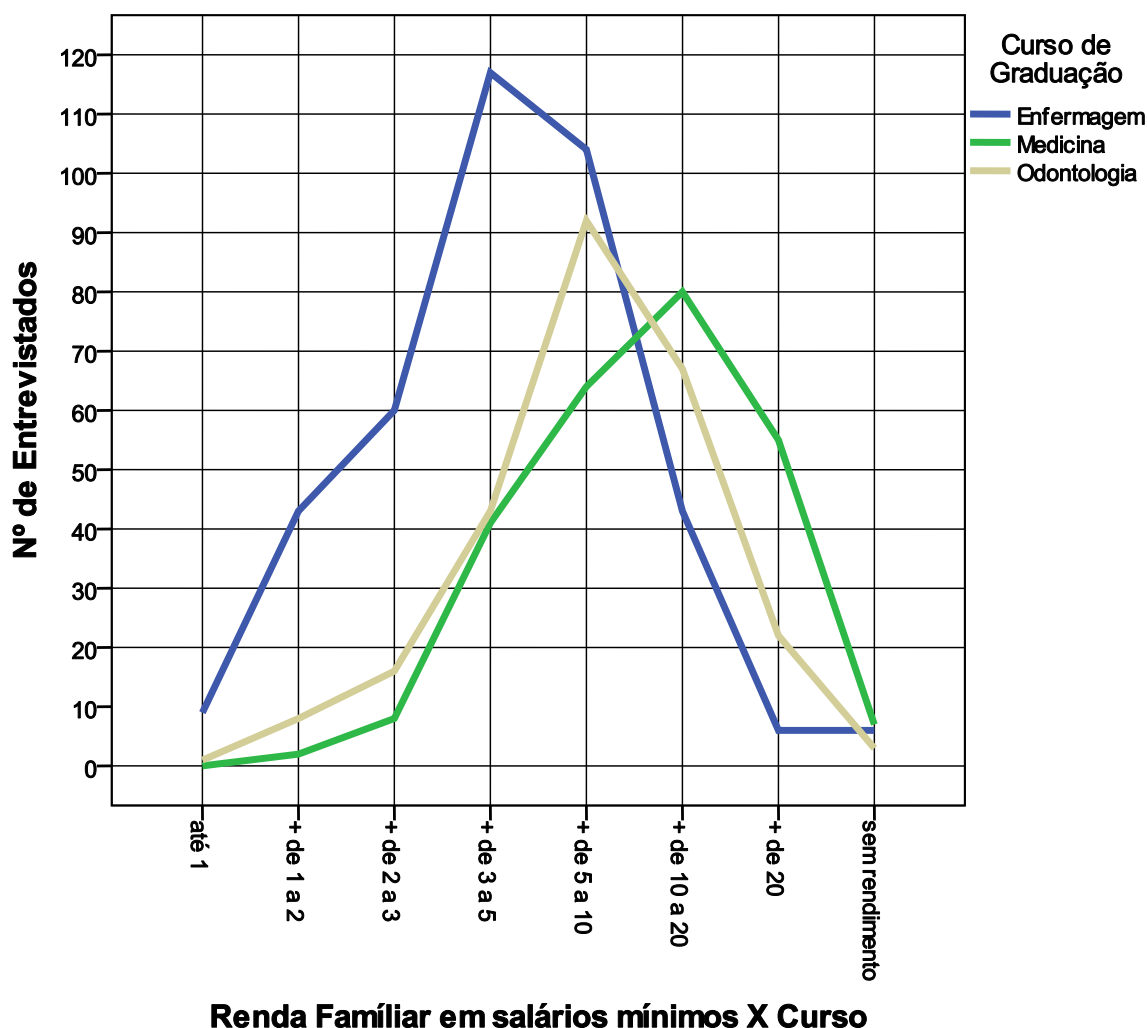
máximo 3 salários. Já nas IES privadas 63,88% estão entre 5 e 20 salários, mas a porcentagem de alunos que não possuem renda ou a renda de no máximo 3 salários aumenta para 26,38%.

Na região do nordeste de Minas Gerais, registra-se que o nível de renda dos estudantes oscila entre 5 e 10 salários, e que não há nenhum registro de estudante com renda de até um salário ou sem rendimento. Pode ser um indicador que alunos com esse perfil de renda não estejam inseridos nos cursos em questão. Vale lembrar que a região nordeste de Minas Gerais concentra uma população predominantemente de baixa renda. Na região Norte podemos observar a presença de alunos de todas as faixas de renda sendo predomínio das rendas de 3 a 5 salários seguidos de 5 a 10 salários e 10 a 20 salários respectivamente. Na região Sul a renda predominante está entre 5 e 10 salários, não sendo constatados alunos com rendimento de até um salário ou sem rendimento. Na Região do Triângulo Mineiro, a distribuição por renda entre os alunos concentra na faixa de 5 a 10 salários, em seguida vêm as de 3 a 5 salários e de 10 a 20 salários. Por fim, na região metropolitana há um predomínio de renda entre 5 a 10 salários seguidos por 10 a 20 salários e de 3 a 5 salários, respectivamente.

Quando se faz a análise por curso a renda familiar muda sua configuração. No curso de Enfermagem o ápice da pirâmide está nos alunos que possuem renda de 3 a 5 salários. Já em Odontologia o ápice já é de renda entre 5 e 10 salários e na Medicina o ápice pertence a categoria entre 10 e 20 salários. Figura 3.

Quando analisados os alunos por gênero percebe-se que dos 280 alunos que declararam ser do sexo masculino a maioria 258 (92,14%) estão nos cursos integrais sendo, destes, 56,59% matriculados no curso de Medicina. E sua maioria está localizado na faixa etária ente 20 e 24 anos.

Figura 3 – Renda familiar por curso de graduação, MG/2010.



Descritos os aspectos do perfil dos estudantes que responderam o questionário, fazem-se a seguir algumas observações sobre um ponto específico do questionário que lhes foi aplicado, a saber: as expressões dos discentes, descritas no campo “outra”, como opção de resposta, nos casos em que eles não concordassem com as alternativas apresentadas nas questões. As respostas dadas às questões abertas se configuram, em geral, como qualitativas. Por essa razão, elas exigem que o (a) pesquisador (a) as interprete, considerando as justificativas dos próprios respondentes que se distancia do padrão impresso no próprio questionário, para imprimir uma escolha pessoal. Foi nesse contexto que se aplicou a análise de conteúdo. O primeiro passo foi fazer uma leitura intensa dos textos escritos pelos discentes para, em seguida, identificar nos mesmos como eles interpretavam as metas e os objetivos do Pró-Saúde que teoricamente deveriam

estar embutidas nos programas de ensino e nas orientações acadêmicas de seus cursos.

Lendo as respostas dos estudantes que escolheram a opção “outra”, buscou-se fazer uma breve caracterização do perfil daqueles que a responderam, que foram os seguintes: a) aqueles matriculados em cursos vinculados ao Pró-Saúde I das IES 4, 9 e 13 dos cursos curso de Enfermagem Medicina e de Odontologia, b) estudantes que estão matriculados em uma das IES que não faz parte do Pró-Saúde e c) estudantes de cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de IES que participam do Pró-Saúde II.

Em geral os estudantes que utilizaram a opção “outras”, o fazem principalmente para declarar que desconhecem ou não entendem o assunto que está sendo solicitado na questão. Ou então, utilizam o espaço para expressar a ausência de condição para exercer a sua formação na área, tais como: a ausência de pós-graduação, de hospitais para exercitar a prática, de clínica-escolas e de bolsas de pesquisa.

Para efeito da apresentação dos resultados da análise dos dados, selecionaram-se algumas expressões usadas pelos estudantes que optaram pela resposta “outra” para comunicar a sua posição acerca da formação que vêm recebendo nas suas IEF(s).

Começamos pelas expressões utilizadas pelos estudantes que estão nos cursos que integram o Pró-Saúde II, ou seja, estudantes de cursos que foram integrados em um estágio mais avançado da proposta e que podem falar dela com um pouco mais de vivência em relação aos procedimentos que são adotados. O quadro 8, abaixo, retrata claramente as suas posições.

Em primeiro lugar vale ressaltar as IES que estão representadas nesse quadro: 1, 9, 10, 13 e 15. As três primeiras pertencem à rede pública e as outras duas são da rede privada. Os estudantes que responderam a questão “outras” da IES 1 eram alunos da Medicina, da Enfermagem e da Odontologia, todos vinculados ao Pró Saúde II. Os da IES 9 eram estudantes da Odontologia vinculada ao Pró Saúde II e o da IES 10 eram dos três cursos, mas apenas o da Enfermagem estava vinculado ao Pró-Saúde II, os outros estavam no Pró-Saúde I. Os da IES 9 estavam

em um dos três cursos, entretanto, a Medicina e a Odontologia estavam vinculadas ao Pró-Saúde I e a Enfermagem ao Pró-Saúde II. Os alunos da IES 13 eram do curso de Odontologia (Pró-Saúde I) e do da Enfermagem (Pró Saúde II) e os da IES 15 eram da Medicina e da Enfermagem, ambos vinculados ao Pró-Saúde II. Assim passemos ao quadro.

Quadro 8- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião discente de Enfermagem, Odontologia e Medicina, participantes do Pró-Saúde II, MG/2010.

Pró-Saúde II			
IES	VETOR	EVIDÊNCIA	
UM	2	Há pouca produção de conhecimento nesta área. Não há pesquisas em proporções significativas na área de atenção básica ou aspectos sociais de saúde, mas há predomínio de pesquisas clínicas.	
	9	Avaliação por prova e raramente são feitas discussões críticas e reflexivas sobre as práticas.	
NOVE	3	Não temos informações referentes a esse tema. Incentiva a educação permanente para manter a capacitação da força de trabalho no setor.	
	3	No momento, está em andamento a pós- graduação. Desconheço esse perfil, pelo fato de que nós graduandos do quinto período não tivemos a disciplina ainda de gestão do SUS.	
DEZ	6	A escola não tem serviços de ensinios próprios, as práticas se desenvolvem em unidades do SUS. IES não possui instituições próprias, apenas vinculadas.	
	1	Ou não existe ou desconheço a interação...	
	2	Não tenho informação especifica sei que prioriza e incentiva a pesquisa por parte dos alunos, mas a adesão a tal prática ainda e reduzida por parte dos alunos. Não tão equilibrada, foca no SUS.	
TREZE	3	14 discentes informaram não ter conhecimento sobre a pós-graduação.	
	4	Às vezes acontece e parte da questão verdadeira ou não. Desconheço, não compreendi	
	5	As práticas não são em graus crescentes e são exclusivas nas unidades do SUS, pois a IEF não possui unidade de saúde própria. Atenção completa, mas na rede SUS, não em rede própria. Às vezes. Não compreendi a pergunta.	
	6	As atividades são realizadas em instituições da rede do SUS. Não possui serviços próprios. Só tem articulação com unidade do SUS Desconheço, mas creio eu sim.	
	7	Sempre que possível.	
	8	Todos os períodos temos um trabalho interdisciplinar, um fórum e uma jornada de Enfermagem. Ciclo básico geralmente não leva em conta a prática clínica. Não sei informar	
	9	Às vezes os que são falso. Desconheço.	
	QUINZE	2	Não entendi o que ela falou. Não sei dizer. Medicina não recebe bolsa pesquisa.
		3	Três discentes informaram desconhecimento.
		4 e 5	Um discente informou não saber
6		Não entendi o que ela falou.	

Como se pode ver no quadro acima, eles se posicionaram em relação a todos os vetores que aparecem na proposta do Pró- Saúde, embora em intensidades diferentes. Esta é uma característica da análise de conteúdo. A repetição de ideias, de marcas lingüísticas ou mesmo de expressões que dão sentido para o que os sujeitos estão falando é o que orienta a categorização. Foi na IES 13 que os nove Vetores apareceram integralmente. As respostas variam e às vezes umas contradizem as outras. Chama a atenção a repetição de respostas dada ao Vetor 1 que interroga aos estudantes como o seu curso articula no campo curricular os determinantes da saúde e da doença. O que se quer saber é se o acento é dado na abordagem biológica e no caráter curativo ou na abordagem social ou nas combinação das duas. O fato de os estudantes declararem ou que não sabem se existe essa interação ou então que para eles é algo desconhecido indica que um dos princípios orientadores do Pró-Saúde, a saber aquele que desconstrói a exclusividade do modelo flexriano na formação do profissional de saúde ainda não faz parte das suas representações. O Vetor 2 que trata da produção do conhecimento teve respostas parecidas revelando a falta de informação dos estudantes se o curso que ele está realizando prioriza ou incentiva os alunos a fazerem pesquisa. Em todo caso, eles consideram limitada a participação dos discentes em pesquisa na IES. Houve também unanimidade nas respostas dadas ao Vetor 3 que perguntava sobre a Pós- Graduação. Todos os respondentes disseram não ter conhecimento desta modalidade de ensino em sua escola.

Mas como se pode ver, nem todos os vetores tiveram respostas homogêneas. Nos Vetores 5 e 6 que tratam respectivamente da Diversificação dos Cenários do Processo de Aprendizagem e da Articulação dos Serviços Universitários com o SUS há discordâncias sobre as quais fala-se á mais adiante.

Passemos a seguir a outro quadro com IES do Pró- Saúde I.

Quadro 9- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião de discentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina, participantes do Pró-Saúde I, MG/2010.

Pró-Saúde I		
IES	VETOR	EVIDÊNCIA
UM	1	A proposta curricular considera os aspectos epidemiológicos, biológicos, ambientais, sociais do processo saúde-doença, mas não existe interação entre as disciplinas que se tornam fragmentadas.
	3	A instituição não possui programa de pós graduação, volta às necessidades do SUS e nem mesmo os cursos de enfermagem.
		Desconheço a existência de pós-graduação e atividades de educação permanente.
	6	Na IES não há hospitais universitários, as práticas acadêmicas são realizadas nas instituições hospitalares do SUS e nas unidades básicas de saúde.
	9	Durante as disciplinas não há discussão quanto ao papel da comunidade e nem os usuários são inseridos neste aspecto, e o aluno faz uma avaliação quanto ao aproveitamento da disciplina e o professor, não há inclusão de avaliação curricular.
		Existe integração, mas não é tão explícita para os acadêmicos, que ficam excluídos de certas ações. Não há equilíbrio entre promoção, prevenção, cura e reabilitação, pois as duas primeiras são mais focadas.
	4	O esforço de integração ensino-serviço não inclui cuidado de saúde em todos os níveis de atenção.
5	As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nas Unidades do SUS, em todos os níveis de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, ambulatório geral, Rede de Saúde Mental, emergência etc, porém a distribuição é desigual, fazendo que o nosso campo principal seja a UBS.	
TRES	2	Pouca bolsa de iniciação científica disponível para instituição.
QUATRO	1	Foco na cura./Desconheço Produção Científica/pouca interação
	8	A associação de ciclo básico e complementar ocorre através dos métodos clínicos (disciplina nova que tem revolucionado tal integração)./ Sem foco profissional/ nenhuma integração
SETE	2	A IES tem baixa produção científica no âmbito da atenção primária.
	3	Não há questionamento sobre o perfil de modalidades de residência e pós-graduação.
	5	Apenas algumas disciplinas tem integração com unidades de saúde da atenção básica, ou primária.
	8	O ciclo se integra no aspecto biopsicossocial.
DOZE	1	Nem todas as matérias articulam iguais os aspectos relativos a prevenção mas em grande maioria isso e prioridade.
QUATORZE	1	A escola visa muita promoção e prevenção esquecendo-se da cura e reabilitação.
		A educação permanente está voltada apenas para educadores e alunos seletos (estagiários dentro da unidade).
	7	Não existe aprendizado prático dentro da grade curricular sendo o mesmo no último ano de curso e em unidades de saúde limitadas.

Examinando as categorias que foram selecionadas no quadro acima pode-se ver que em vários vetores existem expressões em que os alunos registram contradições. Em um mesmo bloco, tem respostas que afirmam que o curso busca interdisciplinaridade e ao mesmo tempo falam da pouca relação entre as disciplinas. Outra tendência importante que aparece também nesse quadro é a não preocupação das IES com a produção de pesquisas. A falta de equipamentos e de condições materiais que propiciem um aprendizado mais focado na prática é evidente nas falas. A posição dos estudantes sobre a proposta curricular deixa entrever que existe uma mudança se processando nas IES, embora ainda com hesitações. Apesar de sinalizarem nas falas que há uma intenção de articular aspectos epidemiológico, social, ambiental, deixam evidente que a fragmentação das disciplinas é um empecilho para avançar em uma nova proposta. No olhar dos discentes as IES excutam parcialmente a proposta de articulação do ensino com as unidades de ensino. Na percepção dos alunos, essa articulação ainda é disciplinar e não institucional. Entretanto, é preciso ressaltar que, na percepção deles, há um esforço das IES para promover ao longo do curso uma aproximação com as práticas de atenção à saúde, em programas bem precisos junto à população. Ressaltam, porém, que a distribuição de atividades nessa área é desigual, ela não se distribui na diversidade de frentes que existem, está concentrada em único foco. Evidencia-se na fala dos discentes a falta de bolsa para iniciação científica, além de registrarem uma seletividade interna no campo da educação permanente que contempla apenas alunos “seletos”.

Embora se tenham muitos dados para serem discutidos, entende-se que os apresentados acima permitem se ter uma ideia de como ainda precisa avançar a proposta do Pró-Saúde, lembrando que o bloco acima representa o grupo que integrou o Pró 1.

Passemos assim para as expressões dos discentes cujos cursos não fazem parte do Pro-Saúde, o que eles trazem como informação?

Quadro 10- As frases que adjetivam a formação profissional em saúde, segundo a opinião de discentes de Enfermagem, Odontologia e Medicina, MG/2010.

Cursos não participantes do Pró-Saúde		
IES	VETOR	EVIDÊNCIA
CINCO	2	A atenção básica é extremamente visada desde o 1º período, o que demanda um exagero de tempo dos alunos./ Não há hospital universitário Não sei quais as pós-graduações oferecidas.
	4	Há esforço de integração ensino-serviço envolve a comunidade e há a integração ensino-serviço público de saúde
	5	O tempo despendido com saúde coletiva e atenção básica é exagerado; querem formar epidemiologistas, e não médicos.
SEIS	1/6	Existe proposta curricular, mas na pratica essa correlação inexistente./há carências físicas/estruturais. A IES como campo de estágio, usam o SUS Pouca importância a cura e reabilitação. Enfoque exagerado em promoção e prevenção.
	3	Possui um mestrado “Parasitologia” e residência em enfermagem.
	9	Fase intermediária entre pequenos e grandes grupos, mesclas das metodologias, prática fica comprometida devido as limitações do campus. O enfoque ainda é do modelo de aulas com grandes grupos O ensino aprendizagem busca o auto aprendizado, porém a metodologia não é baseada na problematização.
		Seria fundamental a avaliação participativa do aluno com metodologias qualitativas e multireferências, incluindo avaliação do currículo desenvolvido.
OITO	1	A promoção e prevenção é mais valorizada nas práticas de ensino – aprendizagem porém a cura e reabilitação também é ensinada.
	2	O curso é novo, há bolsas de projetos de extensão, mas acho que de iniciação científica são poucas./mais bolsistas de extensão
	4	O esforço de integração ensino-serviço. A integração ensino-serviço público de saúde é exercida nas atividades de promoção reabilitação da saúde e de prevenção de agravos somente curativo.
	5/6	O curso ainda é novo, porém acho que as práticas de atenção à saúde se estenderam por todos os níveis, seguindo nossas diretrizes curriculares. Não há hospitais nem clínicas de ensino Não conheço a proposta do pró-saúde, mas a carga horária das atividades é coerente com as diretrizes curriculares.
		8
DEZ	2/3	Não possui equipamentos que possibilite pesquisas mais avançadas. Não tem programa de pós-graduação
	7/8	Não há integração do ciclo básico e profissional. Não demonstram aplicações em nível prático
	9	Existe uma avaliação semestral, mas tudo permanece inalterado com relação às críticas feitas pelos alunos. Os métodos avaliativos quase sempre são avaliação que preconizam o “decoreba”, com raras exceções/ algumas disciplinas adotam discussão crítica, mas não todas Metodologia adotada é o professor como centro no ensino. O aluno não tem o direito de questionar nenhuma regra do professor.

Chama atenção nas expressões dos estudantes que fazem curso na IES 5 (pública e não compõe o Pró-Saúde) é a forma como eles apresentam a preocupação que o curso tem com “a atenção básica”. Esta, na percepção deles, é extremamente visada desde o “1º período, o que demanda um exagero de tempo dos alunos”.. Para eles o curso, com esse exagero não forma médico, mas epidemiologistas. Por outro lado, reforçam a falta de hospital para o ensino.

Já os estudantes da IES 8 destacam a promoção de atividades de prevenção, mas deixam claro que o modelo curativo existe normalmente. Na visão deles, alguns avanços na formação deles pode não ter ainda acontecido por se tratar de um curso novo. Ressaltam a existência de bolsas de extensão mais do que as de Iniciação Científica, o que reforça a ideia de que a IES tem uma tendência nas ações voltadas para assistência. Percebem que existe uma proposta curricular com ênfase na atenção primária. Mas que na prática não funciona. Questionam também a proposta pouco problematizadora do curso.

Por fim, na percepção dos discentes da IES 10, não há integração entre o nível básico e o profissional. Nos seus relatos, eles descrevem a avaliação que é feita ao longo do curso não exige deles um pensar crítico, mas um simples exercício de decorar conteúdos programáticos. Declaram também a ausência de equipamentos necessários para o seu aprendizado.

Discussão

“A demanda por Recursos Humanos para a Saúde pode ser entendida em diferentes dimensões, desde seus aspectos quantitativos e qualitativos até na distribuição regional dos profissionais na busca da diminuição das desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 2006, p.533).

Após ter-se vislumbrado cada uma dos quadros acima, buscar-se-á articular os resultados das três para ver o que eles podem nos esclarecer sobre o problema da formação profissional da área da saúde, à luz dos princípios e das metas

formulados no Pró-Saúde. Entretanto, alguns dados precisam ser agregados a essa análise, pelo fato de que eles trazem informações que direcionam a leitura das expressões dos estudantes em uma perspectiva mais qualitativa. Em primeiro lugar, vale lembrar que essas IES mineiras estão situadas em regiões bastante diferentes. Pensando essa diferenciação, que aspectos precisam ser considerados para analisar a fala dos estudantes que refletem as situações regionais em que estão inseridos? Como se sabe, a implantação de IES e cursos nessas regiões não pode desconsiderar as desigualdades que as constituem.

Quando se pensa nas condições de trabalho e de expansão de cursos de formação de profissionais da área da saúde, não dá para se esquecer que, quanto aos desequilíbrios regionais, é necessário diminuir, tanto para incentivar a abertura de vagas, quanto para criar postos de trabalho, observando-se a capacidade instalada e desejada. A transição demográfica e epidemiológica vem alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicando a urgente necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

O que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões bem como uma concentração nos grandes centros urbanos, cenário que vem se mantendo nos dias atuais, apesar das políticas de expansão do mercado de trabalho desencadeadas pela implantação das Estratégias Saúde da Família, desencadeadas a partir de 1996. Aliada à proliferação de escolas e à massificação da formação médica, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades da formação médica. Têm sido buscados mecanismos de regulação para abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade de um lado e de regionalização de outro (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2006, p.93).

Das IES pesquisadas sua maioria 71,4% está no interior do estado, sendo predominante nas regiões Sul e Triângulo Mineiro. Na amostragem o Norte e Nordeste do estado possuem uma deficiência de IES e principalmente de cursos sendo o Nordeste do estado o mais escasso além do número reduzido de alunos matriculados, até a presente pesquisa ainda não possuía o curso de Medicina.

No Brasil, enfrenta-se na atualidade: a concentração tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, nas regiões Sudeste e Sul do País e nos grandes centros urbanos; a tendência à proliferação de cursos de graduação em Medicina em instituições privadas; baixa capacidade do setor Saúde para ordenar a formação na área. Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam às necessidades do sistema de saúde e revertam o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho

médico. Entretanto, pode-se observar uma inflexão, mesmo que ainda discreta, no governo atual, com a abertura de cursos e vagas em instituições públicas, a partir de 2000, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do País e com os programas de incentivo às mudanças na formação (...) Acirra-se a necessidade de regulação tanto das condições de formação como do exercício profissional na tentativa de equacionar a enorme disparidade entre os países, bem como definir contornos éticos dos processos migratórios. A preocupação com a migração internacional tem levado grupos como a *Commonwelath Secretariat* a desenvolver movimentos que promovam práticas éticas para o recrutamento internacional. Assim, ainda há de se enfrentar desafios internos tais como a construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e o sistema de saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas e na sua distribuição geográfica, na adoção de proposições curriculares inovadoras, e em mecanismos de fixação dos profissionais médicos (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2006, p.95).

Neste sentido, ressaltam-se programas do governo brasileiro, tais como o Programa Mais Médico (Formar recursos humanos na área medica para o SUS), o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Mas também, podemos inferir que apesar do benefício destas medidas, para que elas sejam efetivadas em longo prazo, faz-se necessário a implantação de planos de cargos e salários atrativos e efetivos no setor público, principalmente no nível municipal.

E ainda, vale aqui destacar, a necessidade de promover priorização de componentes de equidade regional no Programa Universidade para Todos (PROUNI) e no Sistema de Seleção Unificada (Sisu), como fator incentivador da melhoria do acesso ao nível superior, nas instituições privadas e públicas, respectivamente.

Quanto à variável renda na população estudada observar-se, que o número de pessoas de renda abaixo de cinco salários é pequeno em todas as regiões chegando a algumas nem mesmo possuir estudantes de tal faixa. Ainda pode ser observado que dos alunos inseridos nestes cursos de graduação, somente 2,9%, possuem renda de até um salário mínimo, o que demonstra que o acesso aos cursos universitários, principalmente da saúde, aos menos favorecidos financeiramente é baixo.

Ações afirmativas vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Educação no sentido de diminuir a evasão e retenção de alunos menos favorecidos, tais como os desprovidos financeiramente, quilombolas, índios e alunos residentes em regiões

periféricas da cidade, exemplo destas ações são os Programas de Educação Tutorial Conexão dos Saberes, iniciado em 2010 e o Programa de Bolsa Permanência iniciado em 2013.

Há dois outros aspectos a serem considerados: a demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, onde a relação candidato vaga é fortemente positiva, mesmo nos cursos em que, no setor privado, sobram vagas. O outro é a importância do PROUNI para democratização do acesso dos alunos de baixa renda em cursos competitivos, fato que somado com as políticas de cotas nas instituições públicas, no longo prazo, certamente, mudará o perfil dos alunos e será socialmente mais justo (BRASIL, 2006, p.531).

A incongruência entre a população que potencialmente poderia ingressar nos cursos de saúde e o número de cursos alinha-se a outros indicadores de desigualdades sociais. Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano de 2004, a renda per capita e a taxa de anos de escolarização, as Regiões Sudeste e Sul são as que apresentam os melhores indicadores e as maiores oportunidades de Ensino Superior na área no País (BRASIL, 2006). Não diferentemente do restante do país, esta é mesma realidade do estado de Minas Gerais.

A distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais em medicina, enfermagem e odontologia. Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedecem muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compras destas regiões do que as reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Nordeste e o Norte. Essa constatação indica a necessidade de políticas públicas educacionais que revertem em ampliação do número de cursos de medicina, enfermagem e odontologia, principalmente com dependência pública nas regiões menos favorecidas (VIEIRA et al., 2004, p.192).

Apesar de veementes críticas devido à forma como têm sido implantado, há que se destacar o Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), como um importante fator de superação das desigualdades citadas acima, dobrando o número de vagas públicas no ensino superior brasileiro e incorporando fatores estimuladores das diretrizes curriculares.

Assim, como também se destaca o Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM), implantado há poucos anos, como promotor de uma inserção universitária democrática e de melhoria no acesso as instituições de ensino superior públicas.

No campo da orientação teórica os estudantes identificaram fortemente a existência das evidências que caracterizam o estágio III (Imagem-Objetivo). Alunos dos cursos 2,4 e 14 participantes do Pró-saúde I e 06 e 08 não participantes do Pró-

saúde criticaram o foco na atenção básica como excessivo e causador de prejuízo do aprendizado relacionado aos outros níveis de atenção em saúde. Em contraposto, alguns alunos destacam que ainda é baixa a produção científica relacionada à atenção básica e que existe pouca oferta de bolsa de pesquisa. Quanto à pós-graduação, muitos informaram sobre a ausência desta ou fizeram questão de registrar a ausência de conhecimento sobre esta, mas não se inquietaram quanto à necessidade desta modalidade de ensino e poucos questionaram quanto ao tipo de oferta, quando a pós-graduação se encontrava presente.

PUCCINI, et al, 2012, relacionando o Pró-Saúde com a Educação Permanente/Pesquisa, apontam a decisão da Universidade Federal de São Paulo de estabelecer duas vagas para todos os cursos *lato sensu*, a abertura de ambulatórios ou serviços para capacitação de profissionais, a participação na Universidade Aberta do SUS (UNASUS), a integração do programa de residência multiprofissional com o ensino de graduação e a inserção de profissionais em recente Programa de Mestrado Profissional, como um passo importantíssimo da universidade diante do SUS, no sentido de cumprir seu papel.

De encontro às políticas indutoras de reorientação da formação profissional, a experiência do município de Ribeirão expôs os interesses corporativos, políticos e econômicos dos agentes envolvidos e a inadequação da rede de atenção para o desenvolvimento de práticas de ensino. Esta vivência ainda revelou que as IES do campo da saúde precisariam desenvolver a capacidade de atendimento das necessidades de saúde e não só do tratamento de doenças. A aproximação mais estreita entre as IES da área de saúde, parcerias da secretária municipal de saúde, e as equipes de saúde foi fundamental para difundir a superação da visão simplesmente acadêmica dos campos de estágio para uma visão de responsabilidade compartilhada na formação de recursos humanos (FERREIRA, FORSTER e SANTOS, 2012).

Nos cenários de práticas, as evidências dos esforços de integração ensino-serviço no sentido de adotar orientação coletiva com participação de toda a escola e de ajustar o cronograma do curso à lógica dos serviços estão fracamente presentes, no foco da percepção discente. Os estudantes da IES 1,4,5,6,8,10, 13 e 14,

apontam ausência do hospital ou clínica próprias, com pesar, apesar de realizarem suas práticas nas unidades de saúde do SUS, não percebem que estas atendam por completo suas necessidades de aprendizagem e utilizam-se desta pesquisa como um espaço de reivindicação de hospitais de ensino e também de oferta de bolsas de pesquisa.

Está claro que a organização da graduação inclui o serviço universitário, ou seja, parte da assistência do Hospital Universitário (HU) pode e deve constituir cenário de prática para a graduação, mas se sabe que isso não é suficiente. São necessários serviços ambulatoriais – atenção básica e secundária; serviços de urgência/emergência; de saúde mental [...] As dificuldades de implementar as atividades externas ao HU não se devem ao não reconhecimento das necessidade de ampliar cenários de práticas. Gestores dos cursos e docentes identificam esse problema. Mas, a operacionalização dessas atividades é bastante trabalhosa e apresenta momentos de avanços e retrocessos. Somam-se a essas dificuldades as concepções dos estudantes em relação às atividades, em geral, pouco motivadoras (PUCCINI, et al, 2012).

Nos territórios com alta vulnerabilidade social e violência, é difícil lidar com a resistência dos alunos e dos docentes em atuarem nestes espaços. Um dos papéis estratégicos é o de contribuir para superar a resistência de profissionais e alunos em atuarem em serviços localizados em território com alta vulnerabilidade social e violência (HADDAD, et al, 2008).

Um ponto crítico que deve ser ressaltado, e que é comum a todos os municípios, refere-se à área física dos serviços de saúde. As unidades básicas são de pequenas dimensões, muitas em imóveis adaptados, sendo improvisadas, o que não atende à necessidade assistencial e, menos ainda, a de ensino [...] É muito difícil defender a importância desse atendimento se as condições são inadequadas. O descontentamento do profissional/docente é evidente, e isso é passado para ao aluno, que dificilmente considerará esse local para seu futuro exercício profissional. Por outro lado, os serviços hospitalares e as unidades de pronto-atendimento, além de mais atrativas do ponto de vista financeiro e regime de trabalho, apresentam condições mais adequadas, maiores recursos (PUCCINI, et al, 2013 p.86).

PUCCINI, et al 2012 ainda explica os retrocessos do processo, considerando a baixa adesão dos docentes em ensinar em outros cenários se não o hospitais de ensino, dos profissionais dos serviços não universitários em participar deste processo sem gratificação a função docente, dos gestores devido a demanda por

produtividade e também deve-se levar em conta a descontinuidade promovida pela alta rotatividade de profissionais na rede.

Nos serviços de saúde, os retrocessos dependem das políticas, dos gestores e do envolvimento destes na consolidação dos SUS. A cada mudança dos gestores e dirigentes de saúde, são definidas novas prioridades, estabelecidos novos pactos. Quando há compromisso com os princípios do SUS e empenho na garantia dos direitos à saúde, reconhecimento da cidadania e convergência nos planos e estratégias, a articulação é mais favorecida, os avanços são mais evidentes, mesmo que de início sejam necessários ajustes. Em outros momentos, há divergências, projetos são interrompidos ou redirecionados (PUCCINI, et al 2012).

No II Seminário Nacional do Pró-Saúde, ocorrido em 2008, houve um grande número de sugestões de melhoria neste tema, em que o objetivo central é construir uma rede docente-assistencial para o SUS, como visão de futuro. Para que tal objetivo seja alcançado, é primordial elaborar a política de integração aprendizagem /serviço (rede SUS municipal, estadual, federal e universitária) na perspectiva da construção do SUS ESCOLA ou Rede de Saúde – Escola, sob a responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação. No conteúdo das políticas estariam contidas as diretrizes para organizar a inserção dos estudantes na rede de Atenção Primária, hospitalar, ambulatorial especializada, de Saúde Mental, urgência/emergência e outras existentes. O desenho de unidade docente-assistencial estaria apontado como modelo para os serviços. E finalmente, foram apontadas algumas ações voltadas para a melhoria da infra-estrutura desta rede docente/assistencial, como o investimento das três instâncias de gestão do SUS na adequação física das unidades de Saúde, de modo a garantir espaço físico adequado para o aprendizagem, sem prejuízo da produtividade profissional da rede e a viabilização de transporte para facilitar o acesso aos serviços (HADDAD, et al, 2008).

No campo da orientação pedagógica, os alunos concordam que a ênfase na carga horária prática é pouca, no que tange a análise crítica da atenção básica. É fraca a presença de evidências no que tange a integralidade entre os ciclos básicos e profissionais. Identifica a prática interdisciplinar, entretanto, como uma atividade

isolada e pontual, como ação independente que acontece em uma ou outra disciplina, descontextualizada do currículo.

SOUSA, et al, 2012 p.162 concluem que ações interdisciplinares são viáveis no ensino superior, desde que haja gestores institucionais comprometidos em efetuar mudanças, que o Projeto Político Pedagógico contemple essa orientação e que, do ponto de vista operacional, conte com alguém que articule o coletivo nessa direção.

Uma equipe docente sensibilizada e comprometida com a inovação metodológica precisa ser preparada para enfrentar os desafios que o trabalho interdisciplinar impõe, sendo fortalecida conceitualmente e chamada a protagonizar diversas experiências que tenham convergência com as mudanças propostas... (SOUSA, et al, 2012 p.162).

O vetor mudança metodológica foi um dos mais descritos pelos discentes na opção “outras” ou pelo fato de poderem falar com mais propriedade sobre o tema e/ou por estar atingindo-os mais diretamente e/ou por estar incomodando mais. Neste sentido, criticam a metodologia de ensino expositiva em grandes grupos centrada no docente, os métodos de avaliação centrada no passado e na memorização, a ausência de implementação das solicitações e ou recomendações discentes quanto à avaliação institucional, de docentes e de disciplinas e questionam a ausência de avaliação discente quanto ao currículo propriamente dito.

FERREIRA e colaboradores, 2013, p. 4, ao editorarem o número temático especial sobre políticas indutoras do ministério da saúde da Revista Brasileira de Educação Médica colocam que:

Entre os temas metodológicos, que constituíram grande parte dos trabalhos, os aspectos relativos ao processo de ensino-aprendizagem, incluindo avaliação, aprendizagem, o trabalho multiprofissional e a intersectorialidade foram muito freqüentes. O interesse por essa temática, que poderia ser considerado natural por tratar-se de um programa de caráter educacional, pode ser também atribuído ao reconhecimento da importância dessa iniciativa em apoio a uma melhor formação profissional, especialmente tendo em vista as observações referidas, em geral amplamente favoráveis na maioria dos trabalhos apresentados.

No eixo da orientação pedagógica, a formação docente não orientada ao processo de mudanças em curso e a falta de valorização da graduação em relação à pós-graduação na universidade apontam a necessidade de buscar estratégias que incidissem sobre a pós-graduação e que pudessem também, nesse espaço, legitimar e contribuir para a valorização da graduação (HADDAD, et al, 2012 p. 4).

Com objetivo de promover a formação docente orientada à sustentabilidade do processo de mudanças em curso e fortalecer as linhas de pesquisa relacionadas ao ensino e à graduação, o Ministério da Saúde, em parceria com a Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) instituíram o Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-ensino) e têm estimulado a implantação de Programas de Mestrado Profissionalizante em Ensino em Saúde.

As DCN e o processo de elaboração dos projetos Pró-Saúde contribuíram para a identificação de fragilidades e necessidades de mudanças, as quais, não são simples. No entanto, verificou-se que foi possível obter avanços. Considera-se que o maior ganho foi à articulação entre os cursos e a definição de territórios comuns de atuação municipal. Os recursos do Pró-Saúde têm contribuído para proporcionar uma adequação em relação a equipamentos nos serviços de saúde, assessoria e apoio de professores em eventos de educação em saúde. As ações para superar as dificuldades, devem ser contínuas. Não há um único caminho, e todas as ações devem ser discutidas, pactuadas. As perspectivas vão depender dos rumos políticos da saúde. Assim, é imprescindível clareza na identificação dos fatores, compreendendo-se os limites e possibilidades dessas mudanças e seu papel na consolidação do SUS, em um processo de desfinanciamento, ampliação da participação dos serviços privados e esvaziamento das instâncias de controle social. Apesar da complexidade de conflitos e interesses que ameaçam os princípios do SUS e o direito a saúde em nosso país, no desenvolvimento das atividades universitárias, essas e outras questões decorrentes do cotidiano de atuação dos alunos nos serviços de saúde também são objeto de discussão e aprendizado (PUCCINI, et al, 2012).

Assim, embora aceitando organizar a legislação educacional orientada para o Sistema Único de Saúde, alguns enfoques reconfiguram o que se está entendendo por este Sistema. Ou seja, é atenção à saúde num contexto de *racionalização* de consideração do *custo/benefício* das ações que atinjam grandes grupos populacionais, o que pode indicar que não se pensa mais a atenção integral e gratuita, mas apenas as ações de saúde primária. (...) É interessante observar como as idéias e os conceitos se movimentam. Na década de 80, pensar a inclusão da saúde pública na formação era a atitude mais progressista possível, neste momento, pensar o privilegiamento da saúde pública, não tomando os devidos cuidados, pode constituir-se em uma formação focalizada em atendimento aos pobres, dado que eles só terão acesso assegurado a medidas de proteção coletiva proporcionadas pela atenção primária. Não há com isso uma defesa de que se retorne à concentrar a formação apenas no ambiente hospitalar, mas, ao pensar em saúde pública, o conceito deve contemplar/cobrir tanto ações primárias como as de tratamento e reabilitação e aí parece residir o grande desafio na construção dos currículos (RODRIGUES e BAGNATO, 2005, p. 215).

As mudanças curriculares parecem, por enquanto, não terem surtido todo o seu efeito sobre a mentalidade dos estudantes, no entanto, os dados levantados apontam, pelo menos para o curso de Enfermagem, envolvido há mais tempo com a problemática do SUS, para um aumento das perspectivas em relação à saúde pública enquanto mercado de trabalho e oportunidade de transformação da sociedade (ERDMANN, et al, p. 293, 2009).

No entanto, novos passos, para além das diretrizes, serão necessários para que as mudanças na formação ocorram amplamente nas graduações em saúde. Reconhecer a necessidade da transformação, trilhar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras (CECCIM, FEUERWERKER, p.06, 2004).

Em concordância com Erdmann, et al , 2009, apontamos para a necessidade de estudos que compreendam a prática dos profissionais que formamos e como deveriam ser essas práticas profissionais, de acordo com as necessidades do país.

Considerações Finais

À forte repetição pelos discentes, de algumas expressões que representam categorias que adjetivam a formação profissional em saúde, remete a consolidação das bases acadêmicas, como uma educação hegemônica no que se refere à atenção básica, e inquestionável alavanca propulsora da reorientação.

Referências Bibliográficas

BARDIN, Laurence. Tradução: Luís Antônio Antero Reto; Augusto Pinheiro. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

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

BRASIL, Ministério da Saúde; BRASIL, Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004** / Organizadores: Ana Estela

Haddad ... [et al.]. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

COSTA, Adilson; DOMINGUES, Maria José Carvalho de Souza. **Competências e habilidades: um estudo dos egressos do curso de ciências contábeis no estado de Santa Catarina.** 2007, 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2007.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

ERDMANN, A.L.; RODRIGUES, A.C.R.L.; KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; DRAGO, L. C.; KLOCK, P. **O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde.** Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, 2009;22(3):288-94.

FERREIRA, Janise Braga Barros; FORSTER, Aldaísa Casanho; SANTOS, José Sebastião dos. **Reconfigurando a interação entre o ensino, serviço e comunidade.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.1):3-4 ;2012.

FERREIRA, José Roberto; HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda, CAMPOS, Francisco Eduardo. **Pró-Saúde e Pet-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço.** [Editorial]. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1999.

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, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha;

CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; AMARAL, Márcia. **II**

Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional

em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: 29 e 30 de maio de 2008. 35p. Disponível in:

<http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf> Acessado em 08/08/2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa

qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: **teoria, método e**

criatividade. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80p.

MELO, Mariângela Monteiro; ALMEIDA, Márcio José. IVAMA, Adriana. **As Diretrizes**

Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de

construção e perspectivas de implementação. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) –Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tânia. **A**

formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demandas

dos sistemas de saúde. In: Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria

de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília:

Ministério da Saúde, 2006, p. 86-96.

PUCCINI, Rosana Fiorini; GABRIELLONI, Maria Cristina; ÁVILA, Clara Regina

Brandão de; FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de; ANDREZZA, Rosemarie; VENTURE,

Renato Nabas. **O Pró-Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Contribuições para institucionalização e integração universidade/serviços de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

REDE UNIDA. **Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde.** Olho Mágico, 1998, ano 4. n. 16, p. 11-28.

População jovem no Brasil / IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 55 p.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; DAUSSY, Maria Francisca dos Santos; SILVA, Carlos Alberto Justo da; REIBNITZ, Marynes Terezinha; KLOH, Daiana. **Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

RODRIGUES, Rosa Maria; BAGNATO, Maria Helena Salgado. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação.** Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP, 2005. p. 265.

RODRIGUES, R.M. CALDEIRA, S. **Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008 set-out; 61(5): 629-36.

SOUZA, Maria Cristina Almeida de; CASOTTI, Elisete; MELLO, Andréa Cristina de Farias; GOYATA, Frederico dos Reis; SOUZA, Therezinha Coelho de; ALBUQUERQUE, Carlos Jesivan Marques. **Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à Realidade.** Revista Brasileira de Educação

Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

SOUZA, Patrícia Alves de; ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; ROS, Marco Aurélio Da. **Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de educação Médica 35 (1) : 20-25; 2011.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro; FILHO, Antenor Amâncio; PIERANTONI, Célia Regina; FERRAZ, Clarice Aparecida; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; NAKAO, Janete Rodrigues da Silva; OLIVEIRA, Sérgio Pacheco de; MISHIMA, Silvana Martins; FRANÇA, Tânia; VARELLA, Thereza Christina.

Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

4 CONCLUSÃO

As IES têm o desafio de dar continuidade às transformações geradas, pois não basta formular as mudanças sem depois executá-las. Além disso, as estratégias para essa continuidade devem-se basear na análise da conjuntura do momento, para que se possam identificar os atores em movimento, as possibilidades e os obstáculos, possibilitando a escolha do melhor caminho rumo à imagem objetivo pretendida.

Apesar, do papel indutor de ações como o Pró-Saúde na consecução dos objetivos de uma formação para o SUS. As mesmas isoladamente não são suficientes para a implantação de uma efetiva e completa mudança transformadora, esta somente será possível a partir da adoção prática e real da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como um todo, ou seja, a institucionalização desta nos órgãos de gestão, de serviços de saúde e de educação do sistema de saúde brasileiro, garantido por um financiamento contínuo, permanente e suficiente, acompanhado de um planejamento gerencial e político sistematizado, com flexibilidade as situações de época e lugar, ordenado a partir de avaliações periódicas coordenadas por diferentes atores, incluindo os pares, mas não restritas a estes.

Espera-se que da união ministerial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, surjam atuações para além do papel de indutores por meio de ações estratégicas. Não omitindo o papel regulador do estado na consecução de um equilíbrio justo entre as necessidades de excelência técnica e a relevância social do ensino em saúde no país, em detrimento das injustas e perversas demandas mercadológica do sistema capitalista, produtoras de práticas desumanizadas das relações humanas, tanto nas áreas da educação como da saúde. Neste, sentido faz-se necessário para além do movimento articulado, á consecução de ações sistêmicas na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no país.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACORDO OPAS/MS/MPAS/MEC. **Programa geral de desenvolvimento de RH para a saúde.** Brasília. 1979.

ALBURQUEQUE, V. S. et all. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. 32(3): 356 – 362, 2008.

ALMEIDA, Márcio; Feuerwerker, Laura; LIANOS, Manuel C. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999.

ALMEDIA, MJ. **A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos.** Revista Brasileira de Educação Medica, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 25(2):42-52, 2001.

AMARAL. Jorge Luiz do. **Duzentos anos de Ensino Médico no Brasil,** tese de doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2007.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais.** 5ª ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

BARDIN, Laurence. Tradução: Luís Antônio Antero Reto; Augusto Pinheiro. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes, 2006.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti; ALMEIDA, Marcio José. **A REDE UNIDA e o movimento de mudança na formação profissional de saúde.** Dissertação

apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. Londrina: 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002a. Seção 1, p.10.

BRASIL, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Seção 1, 37p.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior.

Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001b. Seção 1, 38p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 330, de 4 de novembro de 2003. **Aplica 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.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 4 dez. 2003.

BRASIL, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de

Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Lei de Diretrizes e Bases (LDB).** Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 04/97 O MEC, por intermédio da SESu torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC.** *Diário Oficial da União* de 12 de dezembro de 1997, p. 26920, seção III.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Educação e o Trabalho na Saúde: a Política e suas ações.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Brasília – DF. Jan./ 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Gestão da Educação na Saúde.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261 Acesso em: 06 maio 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges/ Sgtes/ MS. Brasília – DF, 09 de agosto, 01 -11, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013 Acesso em: 06 maio 2009b.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **O SUS e a formação de recursos humanos em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS)**, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília: 2007c.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf Acesso em 01/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia**

do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm> Acesso em 01/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PROMED – Lançado programa para mudar currículo de medicina.** Informe Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, ano VI, n.158, 2002b. 2p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta de Incentivo à Reorientação do Ensino Superior em Saúde.** Revista Olho Mágico, Ano 5. Nº 20, outubro de 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf Acessado em 02/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 188 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Folder do Seminário Pró-Saúde DEGES - SGTES Maio/2011.** Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php> Acessado em 02/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília: 2003b. 21p. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf Acessado em 04/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 64 p. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf> Acessado em 04/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)**, 2009d. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf> Acesso em 06/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c 40 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério do Planejamento. **Projeto de Medida Provisória que institui o Programa Mais Médicos EMI nº 00024/2013 MS MEC MP**. Brasília, 6 de Julho de 2013. Disponível in:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Quadro/Quadro%20Geral.htm Acesso em 08/08/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]**. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006b.

BURGES, Robert G. **A pesquisa de Terreno. Uma introdução**. Selecionar estratégias na pesquisa de terreno. Celta Editora: Oeiras, pág. 57-83, 1997.

CAMPOS, Francisco Eduardo; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura; SENA, Roseni Rosangela de; CAMPOS, João José Batista; CORDEIRO, Hésio; CORDONI, Luís Junior. **Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v .24, nº 3, out./dez. 2000.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde Coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). Tratado

de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. **Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço**. Cad. Fnepas, v. 1, Rio de Janeiro, dez. 2011.

CECCIM R. B. **Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário**. Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, p.161-177,

set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://issuu.com/revista.interface/docs/v.9-n.16-set.2004-fev.2005?e=7517709/1756215> Acesso em 06/08/2013.

CECCIM, R. B. et al. **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil?** Ciência & Saúde Coletiva, [S.l.], v. 7, p. 373-83, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, sept. - oct. 2004b.

COSTA, Adilson; DOMINGUES, Maria José Carvalho de Souza. **Competências e Habilidades: um estudo dos egressos do curso de ciências contábeis no estado de Santa Catarina**. 2007, 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2007.

CURY, Geraldo Cunha, HADDAD, Ana Estela, BRENELLI, Sigisfredo Luis, CAMPOS, Francisco Eduardo de Campos, AMARAL, Márcia. **Relatório do I**

Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde II – Pró-Saúde II e I Encontro Nacional dos Coordenadores dos projetos selecionados para o PET-Saúde. Brasília/DF: Hotel Nacional, 2009. 456 p. Disponível em:

http://www.prosaude.org/publicacoes/relat_semin_enc_nov_2009/relatorio_completo_I_Sem_PS_II_2009.pdf Acesso em 05/08/2013.

FASSINA, Paulo Henrique. **Análise do endividamento e liquidez de empresas por meio de um sistema especialista difuso.** 2006, 184f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2006.

Médica. Rio de Janeiro, v.25, nº 2, maio/agosto. 2001.

FERNANDES, Alfredo Julio Fernandes Neto; CARVALHO, Antonio Cesar Perri de Carvalho; KRIGER, Leo; MORITA, Maria Celeste; TOLEDO, Orlando Ayrton de.

Odontologia. In: Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p.381-409.

FERREIRA, José Roberto; HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda, CAMPOS, Francisco Eduardo. **Pró-Saúde e Pet-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço.** [Editorial]. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.2):3-4;2012.

FEUERWERKER, L. C. M. **Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Revista da ABENO. 3(1): 24-27.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R.R. **A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences**, Interface _ Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FALEIROS, V. de P.; SILVA, J.de F. V. da; VASCONCELLOS, L. C. F. de;

SILVEIRA, R. M. G. **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006. Disponível em

http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22392 Acesso em 06/07/2013.

FERNANDES, Ana Helena. **História da Odontologia nos 500 anos Brasil**. Museu Virtual, 1999, disponível em

http://www.acdbs.com.br/Institucional/Museu_Virtual.aspx?Cd=63 Acesso em 06/07/2013.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela B.; OLIVEIRA, Maria Amélia de C. **A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil**. Revista Escola de Enfermagem, São Paulo:USP, vol, 35, nº 1, 2001, p32-38.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

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, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

MARSIGLIA, Regina M. Giffoni. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; AMARAL, Márcia. **II Seminário**

Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde –

Pró-Saúde. Brasília: 29 e 30 de maio de 2008. 35p. Disponível in:

<http://www.prosaude.org/publicacoes/SegundoSemNacProsaude1/RelatorioSeminarioNacionalProsaude-30Julho2008.pdf> Acessado em 08/08/2013.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto; CAMPOS, Francisco Eduardo de. **Pró-Saúde e Pet-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde.** [Editorial]. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica 36(1, supl.1):3-4 ;2012.

MARANHÃO, Éfrem de Aguiar Maranhão; SILVA, Fernando A. Menezes da Silva, LAMOUNIER, Joel Alves Lamounier; SOUZA, Evandro Guimarães Sousa. **Medicina.** In: Organizadores: Ana Estela Haddad ... [et al.]. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p.277-309.

MENDONÇA, Amanda; NICOLINI, Gabriel Baptista. **Revista Brasileira de História da Medicina, a pioneer in medical historiography.** História Ciência Saúde Manguinhos. Rio de Janeiro, Jan-Mar;14(1):269-84, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80p.

MELO, Mariângela Monteiro; ALMEIDA, Márcio José. IVAMA, Adriana. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, 2004.

REDE UNIDA. **A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA.** *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 22, 2000.

OLIVEIRA, Neilton Araújo. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e Prioridades no Contexto do SUS – Um estudo a partir de seus estados brasileiros**, tese de doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 2007.

PAVA, Andre Macedo & NEVES, Eduardo Borba, **A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, Jan-Fev, 64 (1): 145-51, 2011.

PEREIRA, Wander. **Uma História da Odontologia no Brasil.** *Revista História & Perspectiva*, Uberlândia, v.25, n.47, pp. 147-173, jul./dez. 2012.

REDE UNIDA. **Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde.** *Olho Mágico*, 1998, ano 4. n. 16, p. 11-28.

SANTANA, José Paranaguá de et; ALMEIDA, Márcio José de. **Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica.** Brasília: OPAS, 1994. P. 64.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cgqgem_completo.pdf

Acesso em 04/08/2013.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; OLIVEIRA, Marilda Siriani de; SILVA, Silvio Fernandes da; LIMA, Valéria Vernaschi. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.** Brasília: Núcleo

de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2008. 28p.

SMAHA, Índia Nara Smaha; PAULILO, Maria Ângela Silveira. **A trajetória da educação permanente em saúde e a experiência da 20ª regional de saúde.** 1ª

Seminário Nacional Sociologia & Política UFPR, 2009. 18p. Disponível em:

<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs->

[ONLINE/GT1/EixoIV/trajetoria-educacao-IndiaNara.pdf](http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIV/trajetoria-educacao-IndiaNara.pdf) Acesso em 06/08/2013.

SOUZA, José Alves de. **A Universidade e o ensino da Odontologia no Brasil.** In:

Revista Brasileira de Odontologia.; 39 (5) : 41-4, set.- out. 1982.

SOUZA, Patrícia Alves de; ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; ROS, Marco Aurélio

Da. **Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática Integrated Medical**

Curriculum: from Discourse to Practice. Revista Brasileira de Educação Médica

35 (1) : 20-25; 2011.

TUOTO, Élvio Armando. **A História das Primeiras Escolas Médicas no Brasil.**

disponível em <http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2010/05/historia-das-escolas-medicas-no-brasil.html> Acesso em 06/07/2013.

TEIXEIRA, Elizabeth Teixeira; VALE, Eucléa Gomes; FERNANDES, Josicelia

Dumê; SORDI, Mara Regina Lemes de . **Enfermagem.** In: Organizadores: Ana

Estela Haddad ... [et al.]. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde:**

1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio

Teixeira, 2006. p.141-168.

VIANNA, Maria Isabel Pereira, CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira, CABRAL,

Maria Beatriz Barreto de S. & MATOS, Mariângela Silva de. **Histórico da**

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador:UFBA,

out, 2009 disponível in:

http://www.moodle.ufba.br/file.php/10352/historico_da_faculdade.pdf Acesso em 27/06/2013.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro; FILHO, Antenor Amâncio; PIERANTONI, Célia Regina; FERRAZ, Clarice Aparecida; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; NAKAO, Janete Rodrigues da Silva; OLIVEIRA, Sérgio Pacheco de; MISHIMA, Silvana Martins; FRANÇA, Tânia; VARELLA, Thereza Christina.

Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ANEXO A- PARECER DO COMITE DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0065.0.203.000-10

Interessado(a): Prof. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves
Departamento de Ciências Aplicadas à Educação
Faculdade de Educação - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de abril de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação da reorientação da formação profissional em saúde nas instituições de ensino superior mineiras**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNCIDE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Avaliação da reorientação da formação profissional em saúde nas Instituições de Ensino Superior Mineiras”, para a qual você foi escolhido convenientemente e sua participação não é obrigatória. Você também poderá solicitar esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha e/ou estuda.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) nas Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado de Minas Gerais.

Os benefícios dessa pesquisa são destinados aos serviços de saúde, às IES e aos profissionais de saúde, pois se entende que, estes fazem parte dos sujeitos que contribuem para uma formação profissional em saúde de qualidade. Os pesquisadores estão comprometidos com os riscos que essa pesquisa poderá ocasionar e evitar os mesmos que seriam: quebra de sigilo, surgimento de impasses entre docente, discente e instituição. A pesquisa será realizada por meio de um questionário semi-estruturado que será preenchido por você. As informações obtidas poderão ser expostas em eventos e publicações científicas, mas serão garantidos o anonimato e o sigilo.

Como participante dessa pesquisa você poderá ter acesso integral ao seu questionário. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, declaro que tenho pleno consentimento que não haverá desconforto, danos, e/ ou riscos à minha pessoa decorrentes da pesquisa. Estou ciente que não haverá nenhuma forma de indenização ou ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa. Estou ciente dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar.

_____, ____ de _____ de
2010.

Assinatura

Pesquisadora: _____

Coordenadora: Mirtes Ribeiro _____

Rua da Glória, 187 – Centro – Diamantina/MG.

Telefone: (38) 88119170. E-mail: mirtes@ufvjm.edu.br

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

SIGLA da IES: _____ Município-Sede do Curso: _____

CURSO: ___ Enfermagem ___ Medicina ___ Odontologia Idade: _____

Semestre(s): () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () 7° () 8° () 9° () 10° () 11° () 12° ()

Turno: () matutino () vespertino () noturno () integral

MARQUE A OPÇÃO QUE NA SUA OPINIÃO MELHOR REPRESENTA O SEU CURSO NESTA ESCOLA. SE NENHUMA DAS OPÇÕES SE ADEQUAREM À REALIDADE DE SUA ESCOLA, DESCREVA COMO VOCÊ A DEFINIRIA.

Variável 1- Determinantes de saúde e doença.

- I- () A escola prioriza a consideração de determinais biológicos da doença, enfatizando uma abordagem de caráter curativo orientada ao indivíduo.
- II- () A escola considera os determinantes biológicos e sociais da doença, sem destacar adequadamente os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo.
- III- () A escola dedica importância equivalente aos determinantes de saúde e da doença, procurando, tanto na abordagem do conhecimento teórico, como em sua aplicação assistencial, manter adequada articulação biológica-social.
- IV- () Outra. Completar: _____

_____.

Variável 2- Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS.

- I- () Escolas que não tenham produção sistemática de investigação em atenção básica ou que apenas tenham produção na área de atenção que envolve alta tecnologia.

- II- () Escolas que tenham baixa produção de investigações relacionadas com a atenção básica ou com a gestão do SUS.
- III- () Escola com equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo-efetividade etc.
- IV- () Outra. Completar: _____

_____.

Variável 3- Pós-graduação e educação permanente

- I- () Oferta exclusiva de especialidades e ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS.
- II- () Conformação intermediária, em que há esforços para a oferta de educação permanente relacionada à nosologia prevalente, mas não há questionamentos sobre o perfil da oferta de residências, mestrados e doutorados os quais não atendem às necessidades da população.
- III- () A IFES trata de superar a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimular a articulação com as necessidades assistenciais.
- IV- () Outra. Completar: _____

_____.

Variável 4- Interação Ensino-Serviço

- I- () Os cursos mantêm rígida separação entre a programação teórica e a prática dos serviços de saúde.
- II- () Os cursos contam com alguma articulação da promoção teórica com a prática dos serviços de saúde, em poucas áreas disciplinares, predominantemente na atenção de caráter curativo.

III- () A escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares.

IV- () Outra. Completar:_____

Variável 5- Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem.

I- () Atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso estão limitadas aos laboratórios da área básica; ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias próprias da IES (hospitais e clínicas de ensino de odontologia)

II- () Atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com a participação exclusiva ou predominante de professores da área de saúde coletiva, correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Ciclo clínico majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas aos SUS.

III- () Atividades clínicas em unidades de atenção básica da rede do SUS, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, com prioridade ambulatorial, ou serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS, Internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.

IV- () Outra. Completar:_____

Variável 6- Articulação dos Serviços Universitários com o SUS.

I- () Serviços próprios isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa.

II- () Serviços parcialmente abertos aos SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos.

III- () Serviços próprios completamente integrados aos SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com rede do SUS.

IV- () Outra. Completar: _____

Variável 7- Análise crítica da atenção básica

I- () A formação nas áreas de atenção à saúde desenvolve-se com abordagem acrítica em relação às necessidade do serviço de saúde e da população.

II- () Algumas disciplinas de aplicação clínica do curso proporcionam oportunidade para análise crítica da organização do serviço.

III- () O processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, com ênfase no componente de Atenção Básica.

IV- () Outra. Completar: _____

Variável 8- Integração do ciclo básico/ciclo profissional

I- Ciclos clínicos e básico completamente separados, disciplinas fragmentas e estanques, sem aproveitar, até mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas.

II- Disciplinas;atividades integradoras, ao longo dos primeiros anos, em algumas áreas.

III- Ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao logo de todo o curso. Um dos métodos orientador da integração é a problematização.

IV- () Outra. Completar: _____

Variável 9- Mudança metodológica

- I- Ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.
- II- Ensino que pode incluir inovações pedagógicas em caráter experimental, mas restritas a certas disciplinas. Ensino realizado, em geral, com pequenos grupos de estudantes.
- III- Ensino baseado, majoritadamente, na problematização em pequenos grupos, ocorrendo em ambientes diversificados com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).
- IV- () Outra. Completar: _____

CONSIDERANDO SEU CURSO NESTA ESCOLA IDENTIFIQUE EVIDÊNCIAS DAS SITUAÇÕES ASSINALADAS ANTERIORMENTE MARCANDO **V** PARA AS AFIRMATIVAS VERDADEIRAS E **F** PARA AS FALSAS. SE NENHUMA DAS OPÇÕES SE ADEQUAREM ÀS EVIDÊNCIAS DE SUA ESCOLA, DESCREVA-A.

Variável 1- Determinantes de saúde e doença.

- () A proposta curricular considera os aspectos epidemiológicos, o entorno e as necessidades de saúde loco-regionais.
- () Existe interação, diálogo freqüente entre os docentes de disciplinas biológicas, clínicas e sociais, para análise de questões de interesse mútuo.
- () Articula com igual prioridade os aspectos relativos à promoção, prevenção, cura e reabilitação nas práticas de ensino-aprendizagem.

() Outra. Completar: _____

Variável 2 – Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS.

() Existência de investigação significativa e equilibrada, realizada no ciclo básico, relacionada à clínica e aos aspectos sociais de saúde e suas necessidades.

() Proporção significativa de pesquisa orientadas à atenção básica, em interação com os serviços de saúde e suas necessidades.

() Existência de proporção significativa de bolsista de iniciação científica abordando temas que envolvem aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e de organização dos serviços de saúde.

() Outra. Completar: _____

Variável 3- Pós-graduação e educação permanente

() Promove a oferta de oportunidades de pós-graduação (quantitativa e qualitativa) de acordo com as necessidades do SUS, assegurando vagas para áreas estratégicas e carentes de profissionais.

() Organiza a capacitação em estreita articulação com a atenção básica especialmente na Estratégia Saúde da Família.

() Incentiva a educação permanente para manter a capacitação da força de trabalho no setor, incorporando modalidades de ensino não presenciais e a distância.

() Outra. Completar: _____

Variável 4- Interação Ensino-Serviço

- () O esforço de integração ensino-serviço envolve a comunidade como espaço social participativo.
- () O esforço de integração ensino-serviço centra-se nas necessidades de saúde da população.
- () O esforço de integração ensino-serviço conta com cobertura dos serviços com base populacional.
- () O esforço de integração ensino-serviço tem enfoque epidemiológico de risco e patologias predominante.
- () O esforço de integração ensino-serviço inclui cuidado de saúde em todos os níveis de atenção.
- () O esforço de integração ensino-serviço adota orientação coletiva com participação de toda a Escola.
- () O esforço de integração ensino-serviço ajusta o cronograma do curso à lógica dos serviços.
- () A integração ensino-serviço público de saúde é exercida nas atividades de promoção reabilitação da saúde e de prevenção de agravos.
- () Outra. Completar: _____

Variável 5- Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem.

- () As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nas Unidades do SUS, em todos os

níveis de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, ambulatório geral, Rede de Saúde Mental, emergência etc.

() As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se nos serviços próprios da Escola, igualmente integrados na Rede, na cobertura das necessidades da comunidade: Unidade Básica de Saúde, ambulatório geral e especialização, hospital secundário.

() As práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, distribuem-se além dos serviços de saúde, também em equipamentos sociais, incluindo escolares e da comunidade.

() A carga horária das atividades nos diferentes níveis de atenção é coerente com as diretrizes curriculares e/ou a proposta do pró-saúde.

() A orientação das práticas dedica atenção à gestão do cuidado de saúde, incluindo componentes de regulação, referências e contra-referência, vigilância em saúde, aferição de resolutividade.

() Outra. Completar: _____

_____.

Variável 6- Articulação dos Serviços Universitários com o SUS.

() Trata de assegurar equidade no atendimento em que participam os estudantes. O sistema de marcação de consultas e internações de todos os serviços utilizados (unidade básicas de saúde, ambulatórios, hospitais de média e alta complexidade) deverá estar centralizado e subordinado ao SUS.

() Os hospitais universitários e clínicas de ensino próprios da IES articulam os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS.

() Outra. Completar: _____

Variável 7- Análise crítica da atenção básica

() A Escola enfatiza o aprendizado prático, no qual o estudante, com participação dos profissionais dos serviços e professores, adquire responsabilidade progressiva e crescente, tendo em vista a permanente melhoria do atendimento à população.

() Os estudantes, na prática de atenção à saúde, procedem à análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas suas várias dimensões (individual, familiar e coletiva) por meio da problematização de situações vivenciadas.

() Outra. Completar: _____

Variável 8- Integração do ciclo básico/ciclo profissional

() A programação do ciclo básico, além da essência conceitual de cada disciplina biomédica, leva em conta a realidade da prática clínica, incorporando o pessoal dos serviços e os professores do ciclo profissional no processo de planificação curricular.

() A escola adota algum esquema modularizado de organização dos conteúdos que facilite os processos de interdisciplinaridade e integralização de conhecimentos.

() Outra. Completar: _____

Variável 9- Mudança metodológica

() O ensino-aprendizagem se desenvolve em pequenos grupos. Estimula-se busca de informação e o processo de auto-aprendizagem, envolvendo situações diversificadas (resoluções de problemas, análises de casos, simulações, dentre

outras), e em distintos cenários (Escolas, SUS, comunidades etc.), estimulando capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

() Estímulo à discussão crítica e reflexiva sobre as práticas, por todos os participantes no processo (professores, profissionais dos serviços, estudantes, usuários) visando à transformação da própria prática e da gestão das organizações envolvidas.

() Avaliação participativa do aluno com metodologias quali-quantitativas e multireferências, incluindo avaliação do currículo desenvolvido.

() Outra. Completar: _____

_____.

Variável 10- Reorientação da formação profissional

() Reorienta o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS.

() Estabelece mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente.

() Incorpora, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência.

() Amplia a duração da prática educacional educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS.

() Integra ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na

atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

() Outra. Completar: _____




ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA MIRTES RIBEIRO

Realizou-se, no dia 30 de agosto de 2013, às 15:00 horas, sala 526, 5º andar, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada “A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NA PERSPECTIVA DISCENTE”, apresentada por **MIRTES RIBEIRO**, número de registro 2009711631, graduada no curso de Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, à seguinte Comissão Examinadora formada pelos Professores Doutores: Luiz Alberto Oliveira Gonçalves - Orientador (UFMG), Patrícia Furtado Gonçalves - Coorientadora (UFVJM), Geraldo Cunha Cury (UFMG), Joel Alves Lamounier (UFSJ), Alisson Araújo (UFSJ) e Virginia Torres Shall (FIOCRUZ).

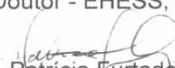
A Comissão considerou a tese:

- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 30 de agosto de 2013.

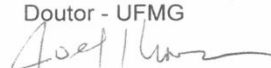

Prof. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves
Doutor - EHESS, França


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFGM


Profª. Patrícia Furtado Gonçalves
Doutora - UNICAMP


Prof. Geraldo Cunha Cury
Doutor - UFGM

Enviado por e-mail


Prof. Joel Alves Lamounier
Doutor - UC System, Estados Unidos


Prof. Alisson Araújo
Doutor - UFGM


Profª. Virginia Torres Shall
Doutora - PUC-RJ



FOLHA DE APROVAÇÃO

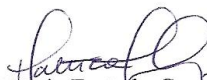
A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE EM
INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR NA PERSPECTIVA DISCENTE


MIRTES RIBEIRO

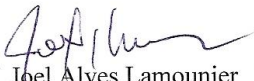
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em 30 de agosto de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves - Orientador
UFMG


Prof. Patricia Furtado Goncalves
UFVJM


Prof. Geraldo Cunha Cury
UFMG


Prof. Joel Alves Lamounier
UFSJ


Prof. Alisson Araújo
UFSJ


Prof. Virginia Torres Schall
FIOCRUZ

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2013.