



**Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**RAPHAEL AUGUSTO TEIXEIRA DE AGUIAR**

**A UNIVERSIDADE E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UM ESTUDO DE CASO**

**Belo Horizonte**

**2010**

**RAPHAEL AUGUSTO TEIXEIRA DE AGUIAR**

**A UNIVERSIDADE E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor em Educação.

Orientadora: Maria do Carmo de Lacerda Peixoto

**Belo Horizonte**

**2010**

A282u Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de.  
A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso [Manuscrito]. / Raphael Augusto Teixeira de Aguiar. -- 2010. 216 f.

Orientadora: .Maria do Carmo de Lacerda Peixoto  
Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.  
Bibliografia: f. 181-191.

1. Educação permanente -- Teses. 2. Universidades e faculdades -- Pós-graduação -- Teses. I. Programa Saúde da Família (Brasil). II. Peixoto, Maria do Carmo de Lacerda. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Educação. IV. Título.

CDD: 378

CDU: 378



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Educação**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação**

Tese intitulada “A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso”, de autoria de Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, defendida e aprovada em 25 de junho de 2010, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profa. Dra. Maria do Carmo de Lacerda Peixoto (orientadora)

---

Profa. Dra. Célia Regina Rodrigues Gil

---

Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria

---

Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos

---

Profa. Dra. Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde  
e das universidades brasileiras  
que forjam, dia após dia,  
um Brasil melhor  
e mais justo

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela existência e possibilidades.

A minha querida família:

Coraci e Sílvia, meus pais;

Bernardo e Guilherme, meus irmãos;

Carol, minha cunhada, e Julinha,

que ainda não chegou, mas já cativou a todos nós.

A todos os meus amigos

A Maria do Carmo, minha orientadora, sempre paciente e solícita;

A Soraya Belisário, por todo o apoio e ajuda;

A toda a equipe do NESCON, pelo apoio;

Ao pessoal da SGTES, em especial ao Francisco Campos e ao Vinícius Araújo;

À equipe da Assessoria Acadêmica da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG.

A toda a equipe do Programa Ágora, em especial a Celina Camilo, Edison Corrêa, Horácio Faria, Mara Vasconcelos, Márcia Ribeiro, Maria José, Maria Rizioneide e Maria Teresa.

A todos os entrevistados, que puderam dividir comigo seus "causos", reflexões e angústias

E a todos as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

Este trabalho consiste em um estudo de caso descritivo, de caráter exploratório, sobre as sete iniciativas de Educação Permanente em Saúde da Família, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, ofertadas pela Universidade Federal de Minas Gerais entre os anos de 1999 e 2010 em resposta a políticas nacionais de qualificação da força de trabalho em Saúde da Família. Procurou-se descrever o seu histórico e características gerais de concepção, desenvolvimento e execução. Observa-se a existência de sete iniciativas ao longo do período descrito, havendo quatro diferentes instâncias universitárias responsáveis por elas. O Ministério da Saúde é o principal indutor direto e indireto das iniciativas estudadas, havendo financiado 97,77% das vagas ofertadas no período analisado. Vários mecanismos de repasse foram utilizados, e problemas ou atrasos no repasse foram observados de forma recorrente. A tramitação dos projetos nas instâncias competentes da universidade é palco de tensões entre instituições demandantes, como o Ministério da Saúde e secretarias municipais de saúde, coordenação dos cursos e a universidade, uma vez que os primeiros costumam solicitar ofertas em prazo menor do que os necessários à tramitação institucional. A integração com os serviços ocorre de forma pontual, notadamente através da contratação de profissionais do serviço como docentes, preceptores ou tutores. Não há integração sustentada entre os cursos de graduação e as iniciativas estudadas. A interação entre as iniciativas é baixo, ocorrendo sobretudo através da concomitância de docentes em duas ou mais delas. Não há uma política universitária que favoreça o intercâmbio e o compartilhamento de experiências operacionais ou conhecimentos técnicos. Todas as iniciativas estudadas declaram utilizar a *problematização* como metodologia estruturante das atividades, embora nenhuma tenha mencionado um referencial teórico específico sobre ela. Ações avaliativas foram também observadas em todas as iniciativas, visando a mudanças pontuais ou prestação de contas, ocorrendo de forma não sistematizada, sem um referencial teórico. Não houve avaliações de resultado, ou relativas à própria política de especialização maciça em Saúde da Família.

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica, Educação Permanente, Especialização, Universidade

## ABSTRACT

This paper presents an exploratory, descriptive case study about seven initiatives of Continuing Education for Family Health professionals, which have been offered by the Federal University of Minas Gerais between 1999 and 2010 as postgraduate courses in response to national policies for massive specialization of Brazilian Primary Health Care workforce. It aimed to describe their general characteristics as well as their background in terms of design, development and implementation. We observed the existence of seven initiatives within four different university units during those years. The Brazilian Ministry of Health is the major inducer of PHC postgraduate courses at the university: it funded, both directly or indirectly, 97.77% of the vacancies during that period. Several mechanisms for transferring resources have been used, despite some issues and transfer delays which have been observed on a recurring basis. The processing of the initiatives' projects in the competent bodies of the university shows issues between the university and health management institutions, such as the Ministry of Health and municipal health departments, since they usually need the courses to be launched in a timely manner, despite the time required to develop them within the university. Integration with services occurs sometimes, especially through service professionals hired as teachers, mentors or tutors. There is no permanent integration among undergraduate courses and the analyzed initiatives. Interaction among PHC postgraduate courses is low, occurring mainly through the coexistence of teachers in two or more initiatives. There are no university policies to stimulate knowledge exchange or experience sharing among the courses. All the studied initiatives stated that *problematization* is their method of structuring activities, although none of them mentioned a theoretical framework to support it. Evaluative actions have been also observed in all the initiatives, usually aiming to support specific changes or accountability actions, in a non-systematic way and without a specific theoretical framework. None of them performed outcome evaluations. There are no studies within the university about the very policy for massive specialization in family health.

### KEY WORDS:

Family Health, Primary Health Care, Continuing Education, Specialization, University



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1: Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família (1998/2005).....	23
Fig. 2: Distribuição percentual dos polos-SF e polos-EP por natureza das atividades realizadas .....	35
Fig. 3: Relações entre a realidade, os serviços e as escolas de saúde .....	59
Fig. 4: Número de vagas de cada iniciativa e sua proporção em relação ao total.....	118
Fig. 5: Distribuição de vagas de acordo com a categoria profissional.....	119
Fig. 6: Proporção de vagas segundo processo seletivo para seu preenchimento.....	120
Fig. 7: Proporção de vagas segundo modalidade de oferta.....	120
Fig. 8: Iniciativas vinculadas à matriz CESF e suas reofertas.....	123
Fig. 9: A matriz da Residência Multiprofissional, suas reofertas e seu desdobramento.....	124
Fig. 10: As matrizes do CEABSF (Ágora) e do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva.....	125
Fig. 11: As iniciativas de especialização em Saúde da Família e sua inserção segundo a instância administrativa .....	126
Fig. 12: Proporção de vagas sob responsabilidade de cada instância administrativa.....	127
Fig. 13: Proporção de iniciativas por demandante direto, entre as sete estudadas.....	136
Fig. 14: Proporção de vagas disponibilizadas por demandante direto.....	136
Fig. 15: Número de vagas financiadas por cada fonte financiadora.....	138
Fig. 16: Proporção de vagas financiadas pelo Ministério da Saúde, direta ou indiretamente, segundo mecanismo de repasse.....	140
Fig. 17: Proporção entre vagas aprovadas normalmente e ad referendum, ou após o início das atividades didáticas, entre as iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG.....	146
Fig. 18: Proporção entre docentes vinculados à UFMG e externos nos sete cursos.....	149
Fig. 19: Quantidade de docentes por curso e proporção entre profissionais da UFMG e externos.....	150

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de Saúde Infantil no Brasil em 2000 e 2005.....	24
Tabela 2: Cronologia das iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG por semestre.....	74
Tabela 3: Cronologia das iniciativas por oferta e número de vagas.....	74
Tabela 4: Referências bibliográficas em comum entre os cursos.....	160
Tabela 5: Docentes vinculados à UFMG comuns aos cursos.....	162
Tabela 6: Número de vínculos de docentes comuns aos cursos (UFMG).....	164

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AIS:** Ações Integradas de Saúde

**APS:** Atenção Primária em Saúde

**BID:** Banco Interamericano de Desenvolvimento

**BIRD:** Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

**BNDES:** Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

**CADRHU:** Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

**CEABSF:** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**CEREM/MG:** Comissão Estadual de Residência Médica

**CESF:** Curso de Especialização em Saúde da Família

**CIES:** Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

**CIB:** Comissão Intergestora Bipartite

**CNPq:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CNRM:** Comissão Nacional de Residência Médica

**COREME/HC:** Comissão de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG

**DAB:** Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

**DADS:** Diretoria de Apoio à Descentralização da Saúde

**DEPE/HC:** Departamento de Pesquisa e Ensino do Hospital das Clínicas da UFMG

**DMPS:** Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG

**DRS:** Diretoria Regional de Saúde

**EaD:** Educação a Distância

**EMI:** Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**EP:** Educação Permanente

**EPS:** Educação Permanente em Saúde

**EC:** Educação Continuada

**ESMIG:** Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

**FAE/UFMG:** Faculdade de Educação da UFMG

**FCCMG:** Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

**FHEMIG:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

**FUNASA:** Fundação Nacional de Saúde

**FUNDEP:** Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

**GERUS:** Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades básicas de Saúde

**HC/UFMG:** Hospital das Clínicas da UFMG

**ICB:** Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**IDA:** Integração Docente-Assistencial

**IES:** Instituições de Ensino Superior

**LDB:** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

**MEC:** Ministério da Educação

**MS:** Ministério da Saúde

**NAIPE:** Núcleo de Apoio Interdisciplinar e Pedagógico

**NESCON/UFMG:** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais

**NHS:** *National Health System*

**OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

**OECD:** *Organization for Economic Cooperation and Development*

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde

**PACS:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PAREPS:** Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde

**PET-SAÚDE:** Programa de Educação Tutorial em Saúde

**PIASS:** Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

**PITS:** Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

**PPREPS:** Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde

**PREV-SAÚDE:** Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

**PROESF:** Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

**PROFAE:** Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

**PROMED:** Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

**PRÓ-SAÚDE:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

**PTAC:** Projeto Transetorial de ação Comunitária

**PUC/MG:** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**Polo-SF:** Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família

**Polo-EP:** Polo de Educação Permanente em Saúde

**PRPG:** Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG

**Rede MAES:** Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades

**REFORSUS:** Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

**SAS:** Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

**SES/MG:** Secretaria de Estado da Saúde

**SESP:** Serviço Especial de Saúde Pública

**SGTES:** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Ministério da Saúde)

**SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica

**SILOS:** Sistemas Locais de Saúde

**SMSA/BH:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCU:** Tribunal de Contas da União

**TCC:** Trabalho de Conclusão de Curso

**UAB:** Universidade Aberta do Brasil

**UFMG:** Universidade Federal de Minas Gerais

**UNAEPS:** Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde

**UNA-SUS:** Universidade Aberta do SUS

**UFPI:** Universidade Federal do Piauí

**UNESCO:** Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a cultura

**UNICAMP:** Universidade Estadual de Campinas

**UNICEF:** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**WHO:** World Health Organization

“Diga-me, e eu me esqueço;  
mostre-me, e eu me lembrarei;  
envolva-me, e eu compreenderei.”

(Ditado Chinês)

# Sumário

<b>Primeira Parte: Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Segunda Parte: Marco Teórico .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Atenção Primária à Saúde e Políticas de Qualificação no Brasil .....</b>	<b>8</b>
1.1. Antecedentes.....	8
1.2. A Atenção Primária em Saúde.....	13
1.3. A Estratégia de Saúde da Família .....	19
1.4. Políticas públicas para formação e qualificação em Saúde da Família .....	28
<b>2. A Educação Permanente e o papel da Universidade .....</b>	<b>42</b>
2.1. Educação Permanente: uma introdução .....	42
2.2. Histórico da Educação Permanente .....	44
2.3. O conceito de Educação Permanente em Saúde da OPAS .....	49
2.4. O papel da universidade na Educação Permanente para a Saúde da Família .....	53
<b>Terceira Parte: Marco Metodológico.....</b>	<b>64</b>
3.1. Objetivos do trabalho.....	65
3.2. Características gerais do estudo .....	65
3.3. Caracterização do caso .....	68
3.4. Sujeitos do estudo .....	75
3.5. Técnicas e instrumentos para coleta de dados .....	76
3.6. Organização, análise e interpretação dos resultados .....	78
<b>Quarta Parte: Resultados e Discussão .....</b>	<b>80</b>
<b>4. As iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG.....</b>	<b>81</b>
4.1. O curso de especialização em Saúde da Família (CESF) e sua primeira oferta (1999 -2000).....	81
4.2. A demanda do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001 - 2005) .....	84
4.3. Especialização maciça no interior do estado: o projeto "Veredas de Minas" (2002 - 2010) .....	89
4.4. A vez das grandes cidades: o projeto BH-Vida (2002 - 2010).....	94
4.5. Residência multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (2003) .....	101
4.6. Educação a Distância e especialização em larga escala: o Programa Ágora (2008).....	106
4.7. O Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (2008 - 2009).....	113
<b>5. Análise geral das iniciativas.....</b>	<b>117</b>
5.1. Características gerais .....	117
5.2. Concepção Pedagógica e Avaliação .....	128
5.3. Natureza da demanda e financiamento das iniciativas .....	135
5.4. Relações institucionais e administrativas para a execução dos cursos .....	142
5.5. Integração com os serviços e com a graduação.....	148
5.6. A interação entre os cursos .....	155
<b>Quinta Parte: Comentários finais .....</b>	<b>167</b>
<b>Referências .....</b>	<b>180</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>192</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>207</b>

**Primeira Parte:**

**Introdução**



## INTRODUÇÃO

Então fizemos um grupo e começamos a construção e coordenação do curso. Aí foi um leão de cada vez: o primeiro módulo, o segundo módulo... (Entrevista n.º 7).

A Estratégia de Saúde da Família é relativamente nova no Brasil: iniciada em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), ela veio a conhecer uma significativa expansão nos anos subsequentes, após ter sido definida como a estratégia de reorganização do modelo assistencial do SUS, e não mais um programa. Mais do que uma nova forma de prestar o cuidado à saúde – mais condizente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) – o seu crescimento também criou, em um curto espaço de tempo, todo um novo mercado de trabalho para milhares de profissionais de nível médio, técnico e universitário, que passou a demandar novos conhecimentos, habilidades e atitudes por parte desse contingente.

Isso se deve ao fato de a Saúde da Família se constituir de fato em um novo modelo, diferente da prática até então usual e, por isso mesmo, preponderante nos cursos de formação. O seu caráter generalista e voltado para o cuidado em diversos níveis – do indivíduo à comunidade como um todo, passando pela família – guardava poucas semelhanças com a assistência à saúde que vinha se desenvolvendo no Brasil, sobretudo a partir dos anos quarenta do século XX. Por esse motivo, à época de seu surgimento, poucos profissionais poderiam considerar-se, de fato, capacitados para nela atuar com a qualidade esperada.

Esse fato trouxe consigo importantes implicações às políticas de desenvolvimento da força de trabalho em saúde: ao mesmo tempo em que havia a necessidade de se capacitar, em um curto espaço de tempo, um significativo contingente profissional, havia também a necessidade de reformar o ensino na área de saúde, de forma a possibilitar uma melhor inserção dos novos profissionais naquele mercado de trabalho, em franca expansão. Ambas as frentes vêm sendo abordadas de forma concomitante por aquelas políticas – que costumam ser formuladas e executadas por instâncias de gestão do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais, uma vez que, segundo a Constituição Federal, compete ao SUS "*...ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde*" (BRASIL, 1988).

No que se refere à capacitação dos profissionais que já se encontravam em serviço, algumas estratégias iniciais foram utilizadas, como o seu envolvimento em cursos introdutórios – destinados a ministrá-lhes, como o nome indica, uma série de conhecimentos iniciais e necessários ao exercício da Saúde da Família. Especificamente para os profissionais de nível universitário, abriram-se também cursos de especialização nessa área. A antiga especialidade médica conhecida por Medicina Geral e Comunitária se renovou, passando a ser conhecida como Medicina de Família e Comunidade e a oferecer vagas de residência médica, visando à formação de médicos para o exercício da Saúde da Família.

Visando ao apoio e à sustentabilidade da expansão dessa estratégia, o Ministério da Saúde e várias secretarias estaduais procuraram as universidades públicas para que essas realizassem a educação permanente dos profissionais nela inseridos, seja através de cursos de especialização, seja através de residências médicas ou mesmo multiprofissionais, que viriam a surgir nos primeiros anos do século XXI. Várias dessas instituições, incluindo-se entre elas a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), aceitaram prontamente o desafio, apesar de todas as dificuldades a ele inerentes.

A fala que inicia essa introdução ilustra particularmente bem a situação vivenciada pelos docentes nele envolvidos: primeiramente, vários tiveram não somente de se inteirar rapidamente da nova política pública, como também iniciar todo um processo de inserção do tema na universidade. Em seguida, e sob indução direta ou indireta das próprias políticas do Ministério da Saúde, esses profissionais começaram a difícil – e não raro longa – concepção de iniciativas ofertadas, por vezes, simultaneamente a uma grande quantidade de profissionais – algo até então inédito na UFMG. Durante a sua execução, deparavam-se frequentemente com problemas de ordem logística, burocrática, didática e financeira – alguns, comuns também a outros tipos de cursos de especialização; outros, próprios das coisas novas que nunca haviam sido experimentadas.

Recém-concebidos e destinados a apoiar e consolidar uma estratégia que, apesar de reconhecida com o passar dos anos, ainda era nova e carente de profissionais adequadamente capacitados, os cursos de especialização em Saúde da Família da UFMG trouxeram consigo novas questões a respeito da relação entre a universidade e a sociedade, bem como outras relativas à primeira e sua relação consigo própria. Em primeiro lugar, não se tratava apenas de um desafio referente à formação continuada para os profissionais de saúde: tratava-se, na

verdade, de uma oportunidade para se repensar a própria prática de educação permanente para profissionais que já se encontravam no mercado de trabalho – uma atividade que, à margem do ensino de graduação e da pesquisa na universidade, não era vista como uma função primordial da universidade, apesar da crescente obsolescência do conhecimento e do rápido envelhecimento populacional observado em nosso país – tendente a diminuir a população em busca de formação profissional básica e a aumentar aquela já inserida no mundo de trabalho e carente de atualização profissional.

Lançado o desafio, os diversos problemas observados poderiam permitir uma reflexão aprofundada sobre esse fazer por parte da própria universidade. O que significa especializar profissionais adultos, que já possuem uma experiência prévia e estão no serviço? Que potenciais e limitações essa nova condição traz consigo? Essa formação exige grandes adaptações das metodologias aplicadas usualmente nos cursos de graduação? E como exercer a relevância social esperada de uma universidade pública, especializando um enorme contingente de profissionais sem sacrificar a excelência técnica e acadêmica?

Na primeira década do século XXI, a Saúde da Família acelerou a sua expansão por todo o país, e logo ficaria clara a dificuldade das universidades em acompanhar esse processo. Durante um curto período como consultor do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/MS), pude perceber esse fato de forma nítida: ao contabilizar o contingente de profissionais de nível universitário inseridos na Saúde da Família e o número de vagas de especialização e de residência existentes, deparei-me com os seguintes números: Havia, em 2003, 47.750 desses profissionais, e outros 13.750 foram incorporados a esse mercado de trabalho entre 2003 e 2005. Em contrapartida, apenas 3.624 vagas de especialização e 1.558 vagas de residências multiprofissionais e médicas haviam sido criadas nesse período. Ou seja: somando-se o contingente de profissionais em ação na Saúde da Família em 2005 (61.500) e as oportunidades de especialização para eles (5.082 vagas ao todo), apenas 8,26% daqueles profissionais teriam chance de se tornarem especialistas no espaço de um ou dois anos. Isso não seria um problema importante caso os profissionais mais antigos já se encontrassem especializados, ou se não houvesse uma rotatividade profissional grande na Saúde da Família, mas não era esse o cenário: a carência de formação específica para essa estratégia e seu abandono após alguns poucos anos de práticas por parte dos profissionais era a regra, e não a exceção – o que só agravou a carência

de qualificação profissional, uma vez que profissionais recém-formados e despreparados para o seu exercício substituíam continuamente aqueles que largavam a Saúde da Família.

Pude também perceber os problemas relativos a esse desafio de dentro da universidade, uma vez que venho trabalhando com especializações em Saúde da Família desde 2001, quando iniciei o meu mestrado em Saúde Pública. Devido a esse envolvimento, cabe aqui um pequeno retrospecto de minha vida nesse período, uma vez que, segundo MINAYO, a explicitação do envolvimento do pesquisador com o seu objeto é essencial a um trabalho de pesquisa qualitativa:

A relação entre o sujeito investigado e o pesquisador é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. O reconhecimento dessa contingência é uma condição *sine qua non* da pesquisa que, uma vez compreendida, pode ter como fruto investimentos radicais no processo de objetivação do conhecimento (MINAYO, 1998:42)

Estive envolvido profissionalmente em algumas das iniciativas estudadas no presente trabalho e que serão apresentadas em seu marco metodológico. Primeiramente, trabalhei no curso de especialização BH-Vida entre os anos de 2001 a 2005, concebido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON/UFMG), coordenando a conversão do material instrucional para ela produzida em hipertextos que poderiam ser acessados remotamente pelos alunos, e também dando aulas nos módulos Modelo Assistencial e Trabalho em Equipe. Posteriormente, trabalhei também na oferta dessa iniciativa no município de Ipatinga, dando aulas nos mesmos módulos e assistindo diretamente à coordenação dessa reoferta específica. Em 2005, participei do primeiro grupo que concebeu o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), ofertado também pelo NESCON, na modalidade a distância, para um expressivo contingente de profissionais a partir de 2008, e venho desde então trabalhando em sua comissão coordenadora, na qual me encontro até a finalização do presente estudo.

Além da rápida consultoria prestada ao Ministério da Saúde entre os anos de 2005 e 2006, pude também atuar como coordenador de uma rede colaborativa concebida pelo Ministério da Saúde e pela OPAS, cujo desdobramento ficou a cargo do NESCON: a Rede Multicêntrica de

Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades (Rede MAES). O seu objetivo era incentivar a cooperação entre instituições acadêmicas que ofertassem, ou desejassem ofertar, cursos de especialização em Saúde da Família em larga escala, o que aumentaria a capacidade instalada do país para especializar essa força de trabalho. Esse trabalho se desenvolveu entre os anos de 2006 e 2008, embora tenha ficado claro, ainda em 2007, que havia uma grande dificuldade em se estabelecerem parcerias apenas no âmbito de uma rede colaborativa, que em tese não se vinculava a nenhum programa oficial. Por conta desse obstáculo, sugeri à SGTES convertê-la em uma estratégia ligada diretamente a ela, com o nome de Universidade Aberta da Atenção Básica à Saúde. A ideia foi prontamente aceita, e a equipe responsável pelo projeto Rede MAES passou, a partir de maio de 2007, a trabalhar na concepção dessa nova proposta. O projeto foi rebatizado com o nome de Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde e, posteriormente, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – nome com o qual foi alçado à condição de programa ministerial em junho de 2008, e que atualmente concentra a política e os esforços de especialização de profissionais para a Saúde da Família em larga escala, além de outros projetos igualmente importantes.

Durante todo esse percurso, várias questões me chamaram a atenção, o que me levou inicialmente a sofrer alguma dificuldade em relação à delimitação do objeto de estudo. Ao iniciar o doutorado em Educação na Faculdade de Educação da UFMG (FAE/UFMG), tinha em mente o objetivo de avaliar e comparar iniciativas de especialização em Saúde da Família com outras de residência, uma vez que esse debate se encontrava acalorado à época. Posteriormente, tive de me conformar com o fato de que não seria possível avaliar a posteriori aquelas iniciativas, nem comparar avaliações já realizadas pelo fato de que elas não ocorreram. Comecei, então, a meditar sobre a multiplicidade de iniciativas existentes na UFMG – algumas com maior grau de interação mútua, outras trabalhando de forma praticamente paralela às demais. Tendo em vista os esforços do Ministério de articulação e cooperação nacional para especialização em larga escala, resolvi investigar a criação, os problemas enfrentados e a colaboração existente entre as iniciativas da própria universidade. Entendi que uma exploração inicial desse microcosmo poderia suscitar pontos importantes ao entendimento e execução da política de colaboração no macrocosmo abrangido pela UNA-SUS, e por isso optei por realizar um estudo de caso descritivo, de caráter exploratório, com o objetivo geral de identificar e analisar as iniciativas de especialização para a Saúde da Família, desenvolvidas e em desenvolvimento no âmbito da UFMG, nos aspectos relativos ao seu processo de criação, organização e articulação. Como objetivos específicos, buscou-se

resgatar historicamente o processo de criação e desenvolvimento dessas iniciativas, bem como discutir as interações observadas entre os cursos, identificando limites e possibilidades desse processo.

Essa introdução consiste na primeira parte do trabalho. A segunda parte é o seu marco teórico, que contém dois capítulos de revisão de literatura, destinados à compreensão do contexto e do objeto dessa investigação: o primeiro é dedicado à análise conceitual e histórica da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família, bem como das políticas de formação e qualificação de pessoal para a saúde da família, formuladas pelo Ministério da Saúde. O segundo capítulo do marco teórico disserta sobre o conceito de educação permanente e suas implicações para a missão das universidades nesse processo.

A terceira parte do trabalho é o marco metodológico, no qual se descrevem os seus objetivos, as características gerais do estudo e do caso estudado, os sujeitos do estudo, as técnicas e instrumentos para coleta de dados e, por fim, as estratégias utilizadas para a organização, análise e interpretação dos resultados.

A sua quarta parte se divide em duas seções: a primeira abrange uma descrição histórica das iniciativas estudadas, e a segunda se dedica a analisar aspectos-chave da sua organização: características gerais, concepção pedagógica e avaliação, natureza da demanda e financiamento, relações institucionais e administrativas para a execução dos cursos, integração das iniciativas com os serviços de saúde e com a graduação e a interação mútua entre as iniciativas estudadas.

Por fim, a quinta parte traz alguns comentários finais, em um exercício de síntese dos resultados obtidos, de eventuais considerações sobre eles e de conclusão do trabalho.

**Segunda Parte:**

**Marco Teórico**

## 1. Atenção Primária à Saúde e Políticas de Qualificação no Brasil

Este capítulo dissertará, primeiramente, sobre os antecedentes da Atenção Primária à Saúde – o contexto no qual ela emergiu, as primeiras experiências, o seu desenvolvimento no século XX, a emergência da Saúde da Família no Brasil e os problemas relativos à qualificação de pessoal para o seu exercício. A seguir, será feito um apanhado das políticas de capacitação de recursos humanos em saúde no Brasil até aquelas destinadas a apoiar o desenvolvimento da Atenção Primária no Brasil.

### 1.1. Antecedentes

O século XX assistiu a um notável desenvolvimento econômico e tecnológico, sobretudo nos chamados países industrializados. Apesar do ritmo acelerado observado nesse século, pode-se dizer que parte das mudanças começou a ocorrer a partir do século XIX, época em que ocorreu a Revolução Industrial.

A Medicina, especificamente, beneficiou-se no século XIX de acontecimentos como a disseminação das vacinas e as descobertas da anestesia e da existência dos microorganismos<sup>1</sup>. Esses avanços, aliados a uma euforia positivista em uma era de fé na ciência e em sua capacidade promissora de tornar melhor a vida do homem, fizeram-se acompanhar de uma união bem-sucedida e estável até os dias de hoje: o casamento entre a Medicina – até então baseada, principalmente, na tradição empírica e no charlatanismo (COELHO, 1995) – e a ciência, construída a partir de teorias e experimentações demonstráveis e reprodutíveis. Assim sendo, entre a segunda metade do século XIX e a primeira do século XX, consolidou-se a *Medicina Científica* como um novo paradigma médico<sup>2</sup>. Esse paradigma recebeu um reforço significativo em 1910: Abraham Flexner, após estudar as condições das escolas médicas nos Estados Unidos e no Canadá, teceu, no famoso *Relatório Flexner*, uma série de recomendações que imprimiram ao ensino médico as bases da Medicina Científica<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Os antibióticos entrariam em cena somente no século XX, com a descoberta da Penicilina por Alexander Fleming, em 1928.

<sup>2</sup> Apesar de recente, é importante ressaltar que seu surgimento resgatou, em certa medida, ensinamentos daquele que é hoje considerado o pai da Medicina: Hipócrates, o grego da ilha de Cós que, entre os séculos V e IV A.C., afastou a Medicina da religião e preconizou a observação e o registro de casos como formas de construção do saber médico.

<sup>3</sup> MENDES (1985) sistematizou as principais diretrizes daquele documento da seguinte forma: definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial;



Esse documento defende o vínculo permanente da Medicina com a ciência, em contraponto ao que denomina “medicina sectária” – ou pré-científica, na acepção de MENDES (1985). Sobre esse assunto, disse Flexner:

Scientific medicine therefore brushes aside all historic dogma. It gets down to details immediately. No man is asked in whose name he comes (...). But all are required to undergo rigorous cross-examination. Whatsoever makes good is accepted, becomes in so far part, and organic part, of the permanent structure (*FLEXNER, 1910:157*).

A dimensão do Relatório Flexner transcende a uma mera reforma do ensino em saúde: ao se consolidar como um padrão, sua visão acabou por moldar, em parte, a própria Medicina Científica – que, por esse motivo, passou a ser também conhecida como *Medicina Flexneriana*.

As quatro décadas seguintes ao Relatório Flexner assistiram a significativas transformações geopolíticas, econômicas e sociais. Além de testemunharem duas grandes guerras mundiais, elas viram também o desabrochar de uma acelerada evolução tecnológica, especialmente no período pós-guerra. Aqueles tempos assistiram também a mudanças na organização e nas práticas de saúde: a *Medicina Flexneriana* passou a influenciar a prática clínica e sistemas de saúde em todo o mundo, adotando o hospital como o *locus* de atendimento por excelência e a especialização profissional, via residência, como uma consequência natural da acumulação do saber médico.

Os hospitais passam a concentrar, dessa forma, tanto o grosso das atividades assistenciais quanto do ensino em saúde. Aliás, pode-se dizer que poucas instituições sofreram uma metamorfose tão radical na história moderna: antes um espaço de caridade religiosa ao qual eram recolhidos doentes e miseráveis para que morressem em paz, os hospitais passam a ser valorizados devido à oportunidade de se estudarem as evoluções de diferentes quadros clínicos (e de compará-las em grupos distintos de pacientes)<sup>4</sup>. FOUCAULT (1963:71) cita um

---

estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada.

<sup>4</sup> Essa transformação, apesar de observada na Europa desde o século XVIII, ocorreu nos Estados Unidos somente entre o fim do século XIX e início do século XX.

artigo publicado por Vicq d’Azyr no *Dictionnaire de Médecine*, em 1805, no qual ele atribui ao ensino no meio hospitalar a solução universal para os problemas da formação médica, indagando:

As doenças e a morte oferecem grandes lições nos hospitais. Tira-se proveito delas? Escreve-se a história dos males que afetam tantas vítimas? Ensina-se neles a arte de observar e tratar as doenças? Estabeleceram-se nos hospitais cadeiras de medicina clínica? (D’AZYR apud FOUCAULT, 1963:71)

Assim sendo, o hospital se incorpora definitivamente ao arsenal da *Medicina Flexneriana* a partir de duas atribuições básicas: funcionar como um local de ensino e pesquisa devido à sua casuística e, ao mesmo tempo, concentrar as ações de assistência em saúde em um só lugar – dando origem, assim, à transformação dos hospitais em meios de produção de serviços, organizados e eficientes (ROSEN, 1979; STARR, 1991).

A aproximação entre os hospitais e a prática médica não se deveu apenas ao avanço da ciência: os hospitais deixaram de ser instâncias de caridade – dependentes de doações voluntárias – para converter-se em instituições de mercado, financiadas pelos próprios pacientes, em uma sociedade capitalista cada vez mais industrializada e urbana (STARR, 1991). O hospital, atrelado fortemente à imagem da própria *ars medica*, passa a ser o seu *locus* por excelência, expandindo-se para atender a pacientes privados em espaços particulares, para comportar seus novos equipamentos de ponta e também para absorver uma crescente mão de obra especializada.

A evolução da *Medicina Científica*, ou *Flexneriana*, foi responsável por inúmeras contribuições à melhoria da saúde de uma forma geral, mas trouxe também desafios que, para serem superados, requerem novas formas de pensar o cuidado em saúde. Citam-se aqui alguns deles sem que se pretenda esgotar o assunto, como a *Transição Epidemiológica* – caracterizada pela diminuição, em diferentes graus nos diversos países, da participação das doenças infecciosas no total das causas de mortalidade e o aumento da participação de causas cardiovasculares, degenerativas e neoplásicas, uma vez que o aumento da expectativa de vida traz consigo uma maior prevalência de doenças crônicas e usualmente relacionadas ao envelhecimento (OMRAM, 1971; LALONDE, 1974).

À Transição Epidemiológica, soma-se a Transição Demográfica, observada, sobretudo, em países de alta ou média renda per capita. Esse fenômeno se caracteriza pela diminuição geral das altas taxas de fecundidade e mortalidade, resultando no aumento proporcional do número de pessoas em idade avançada – e, portanto, potencialmente portadoras de condições crônicas e passíveis de desenvolverem algum grau de incapacidade.

Um terceiro desafio é o contínuo aumento dos custos em saúde observado nas últimas décadas. Esse fenômeno, conhecido como Inflação Médica, vem ocorrendo de forma sistemática em diversos países desde o século XX. HUBER (1999) mostra a evolução do gasto total em saúde dos países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), no qual se pode observar que, entre os anos de 1970 e 1997, a média total da proporção entre custos em saúde e PIB dos países que compõem o G-7 aumentou em 60,34%. Destaca-se, entre eles, o gasto dos Estados Unidos, que aumentou 93,15% no mesmo período.

Os gastos em saúde no Brasil também aumentaram rapidamente nos últimos anos. Uma busca no site *Portal da Saúde*<sup>5</sup> mostra que, entre os anos de 2001 e 2006, a despesa total com a Assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade aumentou em 119,57%<sup>6</sup>. Caso se considere apenas a despesa com medicamentos considerados *excepcionais* ou de *uso contínuo*<sup>7</sup> para doentes crônicos, encontrar-se-á um aumento de 336,61% no mesmo período<sup>8</sup>.

Esse fenômeno é, em parte, causado por falhas de mercado resultantes das peculiaridades do setor econômico *saúde* em relação aos demais, o que evita que ele siga a tendência comumente vista de aumento de qualidade e redução de custos (ARROW, 1963 apud CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1993). Além disso, a emergência do que CORDONI (1979) define como *Complexo Médico-Industrial* – ou seja, a constituição de todo um ramo da atividade econômica dedicada à venda de equipamentos, insumos, medicamentos e prestação de serviços através de empresas de seguro –, ainda que estimule a realização de pesquisas e a

---

<sup>5</sup> <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transferencias/regiao.cfm?regiao=9>

<sup>6</sup> Total de despesas dessa rubrica em 1998: R\$ 5.865.457.055,17. Total em 2006: R\$ 12.878.805.933,32

<sup>7</sup> Medicamentos excepcionais são aqueles “utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos” (item 7 da Portaria MS n. 3.916/1998). Medicamentos de uso contínuo são aqueles utilizados para controle de doenças crônicas, geralmente prevalentes, como Diabetes e Hipertensão Arterial.

<sup>8</sup> Gasto de R\$362.525.510,68 em 2001 e de R\$1.220.321.997,13 em 2006.

inovação tecnológica de uma forma geral, traz consigo a ênfase na assistência médica em detrimento de ações de prevenção e saúde pública (STARR, 1991:271).

Por fim, esse quadro de crescimento de atividades-meio em saúde e de aumento de custos trouxe consigo o aumento da iniquidade em saúde. Ainda que ela sempre tenha existido devido a diferenças socioeconômicas – tanto entre membros de uma mesma população como entre diferentes nações – o desenvolvimento econômico e tecnológico do setor saúde e a superespecialização médica fizeram-se acompanhar por uma clara concentração de recursos, serviços e trabalhadores de saúde em áreas de maior desenvolvimento econômico. Em 1990, os gastos mundiais com saúde totalizaram cerca de um trilhão e setecentos bilhões de dólares, ou 8% do PIB mundial. Desse montante, contudo, 90% foram gastos por países economicamente estáveis, enquanto os 10% restantes se devem ao gasto de países em desenvolvimento (ZUCCHI, 2000). Isso equivale a dizer que, naquele ano, 7,2% de todos os recursos então produzidos no planeta foram investidos na saúde de países desenvolvidos, de menor população, enquanto apenas 0,8% foram investidos na saúde de países em desenvolvimento, muito mais populosos.

Uma publicação do Banco Mundial de 2006 sobre o financiamento global da saúde revela que a distribuição desigual de recursos não havia se alterado muito em 2002, apesar do aumento significativo do gasto global em saúde – 3 trilhões e duzentos bilhões de dólares nesse mesmo ano (10% do PIB mundial), dos quais apenas 12% (350 bilhões de dólares) foram gastos em países de baixa e média renda, que possuíam, naquele ano, 84% da população mundial e 90% da carga total de doença (GOTTRET; SCHIEBER, 2006). Ou seja, pode-se dizer que, em 2002, 88% desses recursos foram consumidos por 16% da população mundial, detentora de apenas 10% da carga global de doença<sup>9</sup>.

As desigualdades em saúde observadas no século XX foram um dos motivos que levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a divulgar a Atenção Primária em Saúde (APS) como uma estratégia para minimizar as diferenças encontradas no cuidado em diferentes países, como se verá a seguir.

---

<sup>9</sup> Burden of disease, em inglês. Termo usado para expressar a carga que uma doença acarreta em uma população. É medida pelo indicador *anos de vida ajustados à incapacidade* (DALY).

## 1.2. A Atenção Primária em Saúde

Concepções e práticas de cuidados primários estendidas a grandes parcelas populacionais não são novas, ainda que os objetivos de outrora fossem, muitas vezes, estritamente relacionados à necessidade de contenção dos problemas econômicos, sanitários e sociais da pobreza – nem sempre se detendo, portanto, em princípios recentes como a universalidade do direito à saúde ou a equidade.

Várias iniciativas antigas de extensão de cobertura, racionalização da assistência e promoção de cuidados preventivos são encontradas na literatura: citam-se, dentre as ocorridas na Europa, a promulgação da Lei dos Pobres (*Poor Act*) na Inglaterra, em 1601 (DONNANGELO, 1979); os dispensários americanos no século XVIII (ROSEN, 1979), o *Projeto Zemstvo*, iniciado na Rússia em 1864 (SOBOLEVSKY; ERMAKOV, 1986; DEBONO e RENAUD, 2000; TRAGAKES; LESSOF, 2003) e a criação do sistema público de saúde da União Soviética após a revolução comunista (TERRIS, 1978; DEBONO; RENAUD, 2000; ROSEN, 1994 apud SILVA JÚNIOR, 1998).

Os Estados Unidos também assistiram ao desenvolvimento de várias unidades voltadas para o cuidado básico entre o fim do século XIX e o início do século XX, como o *Nurse's Settlement* de Nova York, em 1893, os *Centros de Saúde*, no início do século XX, e o *Cincinnati Social Unit* – iniciativa mais ampla visando ao bem-estar comunitário, conduzida na cidade do mesmo nome. Essa experiência se baseou na adscrição da população por quarteirões e na eleição, pela própria comunidade, de uma assistente de quarteirão, cujos deveres eram visitar as famílias de sua área, mantê-las em contato com a unidade de saúde e levar seus problemas específicos ao departamento adequado<sup>10</sup> (ROSEN, 1979). Uma quarta experiência ocorreu em Nova York, onde foram criados centros distritais de saúde de administração descentralizada. Destaca-se aqui o distrito de saúde em *East Side*, Manhattan, área habitada majoritariamente por judeus. Esse distrito, responsável por 25 mil pessoas, contava com uma equipe multiprofissional: oficial de saúde distrital – um médico judeu responsável pela administração local –, um inspetor médico, três enfermeiras, uma assistente de enfermagem, um inspetor de alimentos e outro sanitário.

---

<sup>10</sup> As assistentes de quarteirão exerciam função análoga àquela dos agentes comunitários de saúde brasileiros.

A Inglaterra também foi responsável por dois importantes antecedentes da atenção primária à saúde no século XX: a concepção de um sistema de atenção primária regionalizado e hierarquizado por um conselho presidido por Lord Bertrand Dawson, em 1920, e a constituição do Sistema Nacional de Saúde inglês (*National Health System*, ou *NHS*), em 1948. O *Informe Dawson* – nome pelo qual ficou conhecido o relatório apresentado por aquele conselho em 1920, provisório e nunca concluído – propôs um esquema de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, que deveriam ser organizados de acordo com as necessidades da comunidade.

O relatório preconizou também a necessidade de se integrarem ações curativas e preventivas, bem como a de se estabelecerem ações domiciliares por meio de profissionais como médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro, parteira e enfermeiro visitador (DAWSON *et al*, 1920)<sup>11</sup>. O informe Dawson, ainda que não tenha levado a grandes mudanças no curto prazo, certamente influenciou o desenho do primeiro *Sistema Nacional de Saúde* inglês – que, como já mencionado antes, tomou em julho de 1948 o lugar definitivo do *Poor Act*, abolido oficialmente naquele mesmo ano.

Por fim, cita-se mais uma experiência histórica: a dos *médicos descalços chineses*, a maior iniciativa com aspectos de atenção primária ocorrida antes da *Primeira Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde*, em 1978, em número de trabalhadores envolvidos (WHO WESTERN PACIFIC REGIONAL COMMITTEE, 1998). A experiência se baseava em atividades desenvolvidas, majoritariamente em áreas rurais, pelos comitês comunais chineses através dos médicos descalços, profissionais sem formação médica e selecionados, pelas comunidades, entre jovens camponeses de origem humilde. Entre as ações de saúde desenvolvidas, citam-se a atenção especial a idosos, a organização do povo para cuidar da saúde ambiental, a promoção de campanhas de saúde visando à adoção de medidas higiênicas e sanitárias e a realização de cuidados preventivos e tratamento – incluindo o uso de ervas medicinais e o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e incêndios (FERREIRA; BUSS, 2001).

---

<sup>11</sup> É interessante notar que, já nos anos vinte, esse documento tenha feito menção à possibilidade de o estudante de medicina sair do hospital – lugar no qual todas as condições para o atendimento e a aprendizagem são mais favoráveis – e ir atender na comunidade a partir do novo sistema, onde se depararia com as limitações inerentes ao futuro exercício profissional. Além disso, os centros de saúde contariam com equipamento adequado, estímulo e oportunidades para a observação, a pesquisa e o aperfeiçoamento.

Essas experiências serviram de base para que, na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) fomentassem um debate sobre práticas alternativas de cuidados de saúde e a extensão da atenção aos despossuídos de assistência. Preocupavam às duas instituições o aumento dos custos em saúde e as iniquidades observadas tanto na disponibilidade de recursos como nos indicadores de saúde, destacando-se a alta taxa de mortalidade infantil passível de prevenção através de cuidados simples em países em desenvolvimento. Por esses motivos, várias conferências foram realizadas nos anos de 1977 e 1978 – movimento que culminou com a realização da Primeira Conferência internacional de Atenção Primária à saúde (APS) em setembro de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão.

Essa conferência – assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas – teve como objetivo principal a promoção do conceito de Atenção Primária à Saúde através do intercâmbio de experiências e informações sobre as experiências de APS em curso em alguns países do mundo. Ela também objetivou fundamentar, a partir de uma avaliação da então atual situação de saúde do mundo, os princípios da APS, bem como soluções para eventuais problemas em sua implantação. Também foram definidas as funções dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

A conferência reafirmou e divulgou a meta “Saúde para todos no ano 2000”, adotada pela OMS no ano anterior, e aprovou o documento conhecido como “*Declaração de Alma-Ata*”, no qual consta a seguinte definição do conceito de APS:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível,

a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978).

Esse documento também dá à APS algumas características importantes, como um significativo caráter desenvolvimentista, baseado em uma visão de indissociabilidade entre desenvolvimento socioeconômico e saúde; uma ênfase na participação da comunidade no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle das atividades de APS, “... *em um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação*” (OMS, 1978); e uma flexibilidade acerca das definições de atividades de APS em cada país, uma vez que ela deva se orientar pelos principais problemas de saúde de uma comunidade, além de se constituir em “... *um reflexo e uma consequência das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades...*”, empregando sempre meios que a comunidade aceite, compreenda e possa suportar financeiramente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Apesar da flexibilidade mencionada, a Declaração de Alma-Ata sugere pelo menos oito ações elementares para a APS nos diferentes países:

1. Educação sobre os principais problemas de saúde e métodos para sua prevenção e controle;
2. Promoção da distribuição de alimentos e de uma nutrição apropriada;
3. Abastecimento adequado de água potável e saneamento básico;
4. Assistência materno-infantil e planejamento familiar;
5. Imunização contra as principais doenças infecciosas;
6. Prevenção e controle das doenças endêmicas locais;
7. Tratamento adequado de doenças e traumatismos comuns;
8. Distribuição de medicamentos essenciais.

Esse documento sugere também que a base da APS sejam os profissionais de saúde – médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes da comunidade –, tanto no âmbito local como nos serviços de referência. Por fim, recomenda que as ações da APS se enquadrem em quatro tipos de intervenções em saúde: *promoção, prevenção, tratamento e reabilitação*<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> A *promoção* consiste no estímulo à adoção, pela comunidade, de hábitos de vida saudáveis e ao desenvolvimento econômico. A *Prevenção* cuida da vigilância epidemiológica, do monitoramento de riscos e de campanhas educativas. O *tratamento* é a intervenção terapêutica propriamente dita e a *reabilitação* é a atividade que visa à recuperação após um agravo já instalado, ou à minimização de seus danos (AGUIAR, 2003).



As décadas seguintes a Alma-Ata assistiram ao aprofundamento de questões e conceitos caros à APS, como o desenvolvimento de um marco conceitual para a *Promoção de Saúde* a partir da criação do *programa Cidades Saudáveis (Health Cities Network)*, em 1984, e da organização da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. Em 1988, a OPAS deu a sua contribuição para a organização de sistemas de saúde fundamentados na APS, a partir do desenvolvimento do conceito de *Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*, baseados nos princípios de territorialização, resolutividade por níveis de complexidade, equidade e integralidade das ações de saúde. Em 1996, foi lançado, na Europa, o documento conhecido como “Carta de Liubliana”, que pregava uma maior orientação dos sistemas de saúde europeus às necessidades das pessoas e à APS (WHO/REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 1996). Por fim, a década seguinte presenciou o desenvolvimento da discussão sobre os *determinantes sociais da saúde*, principalmente através do estabelecimento de uma comissão mundial permanente para o assunto, assim como comissões nacionais em diferentes países.

Em relação à atenção primária, especificamente, várias experiências nos anos seguintes a Alma-Ata foram realizadas com o objetivo de reestruturar sistemas de saúde de forma a incorporar os preceitos de APS, principalmente no tocante à extensão de cobertura e hierarquização de serviços (AGUIAR, 2003). Tais iniciativas, contudo, ocorreram em diferentes graus de desenvolvimento, demonstrando assim tanto uma dificuldade operacional quanto uma heterogeneidade de visão sobre o conceito de APS no mundo. Eventos periódicos de avaliação e troca de experiências foram conduzidos pela OMS, assim como documentos com reflexões e metas visando à consecução da meta “*Saúde para todos*”<sup>13</sup>.

Uma revisão desses documentos mostrará o alcance de algumas conquistas, como a própria propagação do ideal da APS e da meta *Saúde para Todos* na maioria dos países-membros da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988:5); a disseminação do conceito de

---

<sup>13</sup> Citam-se, como marcos oficiais de reflexões sobre Alma-Ata, os seguintes documentos: *Alma-Ata Reaffirmed at Riga*, referente ao décimo aniversário da Conferência de Alma-Ata, celebrada em Riga, Letônia, em 1988 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988); *Primary Health Care and Health Sector Reform: 15 Years After Alma-Ata*, referente ao seu décimo quinto aniversário em Almaty, Cazaquistão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993); *Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World* (TARIMO; WEBSTER, 1997); *Primary Health Care 21: Everybody's Business* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), em comemoração aos 20 anos de Alma-Ata, novamente celebrados em Almaty, e *The World Health Report 2008 - Primary Health Care – Now More Than Ever*, em celebração dos 30 anos da primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

equidade e sua importância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993:2), mesmo em países em dificuldades econômicas ou sem um plano de implantação da APS em curso; e o desenvolvimento, em maior ou menor grau, de mecanismos de descentralização de sistemas de saúde e de participação comunitária em uma ampla parcela dos países-membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998: VIII).

A literatura oficial destaca também avanços em relação à imunização por doenças infecciosas, uma vez que a taxa de cobertura saltou, nos países em desenvolvimento, de 5% nos anos 70 para mais de 50% na segunda metade dos anos 80, e a queda significativa da taxa de mortalidade infantil abaixo dos cinco anos de idade, que diminuiu 50% entre os anos 50 e 80 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988:5). O conjunto de atividades implantadas para a diminuição desse indicador conseguiu salvar cerca de cinco milhões de crianças por ano, em média, e houve uma valorização progressiva da mulher e de sua saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993:2).

A efetividade da atenção primária em termos de redução de custos e de melhoria na qualidade do cuidado também pode ser constatada através de vários trabalhos internacionais. STARFIELD e SHI (1996) mostraram uma importante associação entre a APS e o gasto em saúde em diversos países: segundo esse estudo, países com menor presença da APS, como os Estados Unidos, tendem a possuir gastos mais altos em saúde. Por sua vez, países com a APS mais organizada, como o Reino Unido, a Dinamarca, a Finlândia e a Espanha, possuem gastos menores *per capita*. A APS está também associada a melhores índices gerais de desempenho dos sistemas de saúde que a aplicam (MACINKO *et al.*, 2003; PHILLIPS; STARFIELD, 2003; SIMMS; ROWSON, 2003).

A APS foi associada a melhores índices de manejo de doenças crônicas (SCHMITTDIEL *et al.*, 2006), e outros estudos demonstraram que a maior proporção de médicos generalistas está associada a uma maior taxa de detecção precoce de câncer de mama (FERRANTE *et al.*, 2000), a uma menor mortalidade por câncer cervical (CAMPBELL *et al.*, 2003) e a uma menor incidência e mortalidade por câncer colorretal (ROETZHEIM, 2001).

Pode-se constatar também, na literatura, um impacto benéfico de uma maior proporção de médicos generalistas em detrimento de especialistas, como já se mencionou anteriormente (SHI, 1994 apud STARFIELD, 1998). Uma maior proporção de médicos especialistas, em

contrapartida, está relacionada a um aumento da mortalidade, de cirurgias, procedimentos médicos em geral e gastos em saúde (STARFIELD *et al.* 2005a). Outros estudos demonstram que tanto médicos generalistas como especialistas têm vantagens e desvantagens, e que mais estudos são necessários para se identificar uma interface ideal entre ambos (DONOHOE, 1998; HARROLD *et al.*, 1999; SMETANA *et al.*, 2007).

Por fim, a APS está relacionada a uma maior equidade em saúde, uma vez que serviços e profissionais de atenção primária costumam estar associados a áreas de maior risco socioeconômico (BLUMENTHAL, 1995; SHI *et al.*, 2003; STARFIELD *et al.*, 2005b).

### **1.3. A Estratégia de Saúde da Família**

Conforme dito anteriormente, a Declaração de Alma-Ata não prescreveu um modelo de Atenção Primária à Saúde para todos os países: ao contrário, ela ressalta a importância de cada país construir o seu próprio modelo a partir de suas possibilidades e objetivos. A *Estratégia de Saúde da Família*, anteriormente conhecida como *Programa de Saúde da Família* (PSF) e surgida no Brasil em 1994, foi a estratégia de atenção primária<sup>14</sup> adotada pelo país.

Assim como a conferência de Alma-Ata foi antecedida por experiências de atenção primária em vários lugares e épocas, também a Saúde da Família no Brasil teve seus antecedentes. Citam-se, entre os mais importantes, o trabalho do *Serviço Especial de Saúde Pública* (SESP), criado em 1942. Esse serviço trouxe, pela primeira vez no país, uma integração entre as ações de prevenção de doenças e assistência direta – característica peculiar à APS – a partir do trabalho de diferentes profissionais, como o médico, o visitador sanitário e o auxiliar de saneamento, que combinavam esforços para atender tanto a necessidades diretas de assistência como a de melhorias sanitárias (FONSECA, 2000; SANTOS; SILVA, 2005). O trabalho do SESP guarda diversas semelhanças com a Saúde da Família, como a adscrição de clientela, a abordagem integral da família, o enfoque intersetorial, a educação sanitária e os

---

<sup>14</sup> Vale a pena destacar que, no Brasil, o termo *Atenção Primária* é geralmente substituído pela expressão *Atenção Básica*, que já era usada antes do advento da conferência de Alma-Ata. Neste trabalho, adotar-se-á a concepção de que ambas as expressões são sinônimas, correspondendo a segunda ao desenho próprio da primeira no Brasil.

cenários de organização das ações e serviços, que ocorriam na unidade, no domicílio e na comunidade (SANTOS; SILVA, 2005).

Outra experiência ocorrida antes da Conferência de Alma-Ata no Brasil foi a expansão da Medicina Comunitária<sup>15</sup> nos anos setenta, através de programas nacionais, como o *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste* (PIASS) e o *Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas* (AGUIAR, 2003). Essas experiências, contudo, realizaram-se em uma época na qual não existia a intenção de se reestruturar o sistema de saúde com base em ações integrais, ou mesmo a decisão política de se universalizar a cobertura dos serviços de saúde. A Medicina Comunitária, por esse motivo, é criticada por autores como PAIM (1986), na medida em que não contribuiu diretamente para a reorganização necessária do sistema de saúde. (Verificar corpo/fonte.)

No início dos anos oitenta, houve uma tentativa frustrada de reorganização da assistência à saúde a partir do *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE), fortemente baseado nos princípios da atenção primária recém-lançados em Alma-Ata. Algumas de suas propostas, contudo, nortearam outro programa – as *Ações Integradas de Saúde* (AIS), criadas em 1984 e responsáveis por fornecer, ao incipiente movimento sanitário, bases técnicas e princípios estratégicos para o seu desenvolvimento. Essas ações foram, sobretudo, responsáveis pela expansão de uma infraestrutura essencial para a rede física de cuidados básicos, que seria fundamental para o desenvolvimento dos primeiros centros de saúde vinculados à atenção primária e, por conseguinte, da universalização do cuidado em saúde. Esses resultados atribuíram às AIS um papel fundamental na consolidação da APS no Brasil (PAIM, 1986:191; NORONHA; LEVCOVITZ, 1996).

A partir da criação oficial do SUS e do direito universal à saúde, através da promulgação da Constituição de 1988, diferentes iniciativas que visavam à reformulação do modelo assistencial para o novo sistema se desenvolveram, como o Modelo dos *Distritos Sanitários*, baseado na concepção de Sistemas Locais de Saúde da OPAS, o movimento *Em defesa da Vida*, a *Ação Programática em Saúde* e o *Programa de Médicos de Família de Niterói* (SILVA JÚNIOR, 1996). Este último, implantado naquela cidade em 1992, teve forte

---

<sup>15</sup> O movimento de Medicina Comunitária se iniciou nos Estados Unidos na década de sessenta, tendo chegado ao Brasil na década seguinte. Em nosso país, caracterizou-se por uma tentativa de expansão da cobertura assistencial, sobretudo no interior, sem que se alterasse significativamente a organização do sistema de saúde como um todo (AGUIAR, 2003).

inspiração do modelo cubano de medicina familiar, contando com consultores daquele país em sua elaboração e implantação (TEIXEIRA *et al.*, 1999). Além disso, esse programa foi uma das inspirações para o Programa Saúde da Família.

A experiência mais importante, entretanto, começou a se delinear no nordeste brasileiro em 1989: o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS). Criado pelo governo federal, o PACS teve, como referencial, diversas experiências comunitárias, religiosas e ligadas a organizações não governamentais. Baseava-se no trabalho do *Agente Comunitário de Saúde*, ou ACS – profissionais que deveriam ser recrutados entre pessoas da própria comunidade-alvo, dotadas de capacidade de liderança, relacionamento pessoal e ação política.

O PACS pode ser considerado como o ponto de partida para o enfoque na família como objeto da atenção primária à Saúde, assim como para a reintrodução do conceito de cobertura territorial para a assistência àquelas mesmas famílias (VIANA & DAL POZ, 1998). O objetivo do programa, inicialmente, era diminuir as altas taxas de mortalidade infantil e materna no nordeste do país, e seus excelentes resultados – como a diminuição de 30% da mortalidade infantil no Ceará – acabaram servindo como um incentivo, ao lado do programa de Médico de Família de Niterói, para a ampliação da proposta através do Programa de Saúde da Família (PSF), que foi lançado oficialmente em janeiro de 1994.

O PSF surge em um momento no qual se buscava um novo modelo assistencial que refletisse melhor, em suas práticas, os princípios do SUS. Um novo modelo de atenção à saúde – independentemente de qual fosse ele – deveria ser condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a universalidade e a integralidade do cuidado em saúde, entre outros. Para alcançá-los, o SUS deveria promover a regionalização e a hierarquização dos seus serviços, redirecionando-os para as atividades preventivas – sem prejuízo, contudo, das atividades assistenciais (BRASIL, 1988). A sua intenção expressa era a de reorganizar a prática assistencial... “*em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar*” (VIANA; DAL POZ, 1998:5).

O objetivo do PSF é cuidar, de forma integral, da saúde de uma população previamente definida para cada equipe, executando atividades curativas, reabilitadoras, de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Para tanto, uma equipe de Saúde da Família deve ser formada, pelo menos, por um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de

enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. As equipes deveriam vincular-se a uma área geográfica previamente definida, responsabilizando-se pela melhoria dos seus indicadores de atenção básica, como diminuição da mortalidade infantil, melhor monitoramento de pacientes com doenças crônicas e diminuição de internações sensíveis à realização da atenção básica de boa qualidade. Para tanto, as equipes deveriam realizar, como tarefas básicas do dia a dia, o diagnóstico de saúde da comunidade, as visitas domiciliares, internações domiciliares, participação em grupos comunitários, atendimento nas unidades e estabelecimento de referência e contrarreferência<sup>16</sup>.

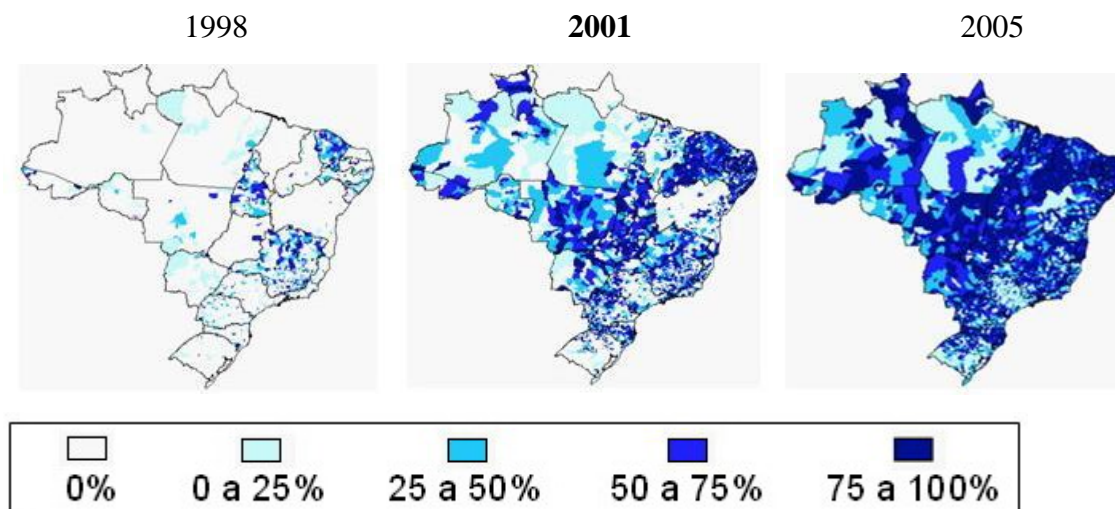
Inicialmente vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), o PSF passou a ganhar uma importância cada vez maior dentro da estrutura do SUS nos anos seguintes. AGUIAR (1998) descreve a trajetória percorrida pelo PSF no âmbito institucional: em 1995, ele foi transferido para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), subordinada diretamente ao Ministério, o que é visto por VIANA e DAL POZ (1998) como um marco do rompimento do PSF com o tradicional verticalismo dos programas da Fundação Nacional de Saúde. A partir de então, o PSF passa a perder seu caráter de *programa* e começa a ser visto, pelo Ministério da Saúde, como uma *estratégia*, embora o nome oficial continue o mesmo.

O crescimento da estratégia – tanto no que se refere à sua importância dentro do sistema de saúde como à sua expansão numérica – continuou nos anos seguintes: em 1997, foi lançado o documento *Saúde da Família: Uma Estratégia Para a Reorientação do Modelo Assistencial*, que reforçou a visão do PSF como uma estratégia e atribuiu a ele também um caráter *substitutivo* das práticas assistenciais convencionais. Em 1998, uma reestruturação interna do organograma do Ministério da Saúde permitiu a criação do *Departamento de Atenção Básica*, com o objetivo de consolidar a Estratégia de Saúde da Família. Desde então, a estratégia vem obtendo um crescimento significativo, e novas iniciativas ministeriais proporcionaram, ao longo do tempo, oportunidades e mecanismos para essa expansão e sua consolidação. Os mapas a seguir mostram a expansão da cobertura da Saúde da Família no território brasileiro, em três momentos distintos:

---

<sup>16</sup> *Referência* é o ato de encaminhar um paciente de uma instalação de menor complexidade, como uma unidade básica de saúde, para outra de maior complexidade, como um hospital. *Contrarreferência* é o procedimento inverso.

**Fig. 1: Evolução da Implantação das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 1998/2005)**



FONTE: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), 2006

Como se pode perceber, a Saúde da Família se concentrou, inicialmente, em três estados: Ceará, Tocantins e Minas Gerais. Em 2001, a estratégia já se encontrava em praticamente todos os estados, ainda que com diferentes graus de cobertura e com pouca penetração na Bahia e no Rio Grande do Sul. Já o cenário em 2005 é de um aumento de cobertura – expressa, sobretudo, por uma maior homogeneidade da área colorida – e de uma presença mais maciça no país, apesar da existência de áreas com menor densidade de equipes nos estados de Pará, Bahia, São Paulo, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Sul.

A tabela a seguir mostra o avanço em alguns indicadores de saúde da população infantil no Brasil, especialmente os relacionados à mortalidade infantil, entre os anos de 2000 e 2005 (período no qual ocorreu uma significativa expansão da Saúde da Família). Embora não se possa atribuir esses resultados apenas à estratégia, observam-se melhorias em todos os indicadores, o que indica um provável papel que a expansão de sua cobertura teve na melhoria da saúde da população brasileira.

**Tabela 1: Indicadores de Saúde Infantil no Brasil em 2000 e 2005**

<b>Indicador</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>
Imunização Infantil em dia	81,8	94,0
Crianças amamentadas exclusivamente com leite materno	61,0	71,1
Cobertura de Consultas de Pré-Natal	76,3	84,1
Taxa de Mortalidade Infantil por Diarreia	6,1	2,8
Prevalência de Desnutrição	12,7	4,5
Taxa de Hospitalização por desidratação	13,6	11

Fonte: DATASUS (2006)

De uma forma geral, há poucos estudos sobre a qualidade e o impacto da Saúde da Família no Brasil. A maior parte dos trabalhos se refere a estudos de caso sobre implantação do PSF em um município, pesquisas sobre a implantação da estratégia em vários municípios, o funcionamento de serviços específicos ou sobre o processo de trabalho na Atenção Básica, assim como análises históricas sobre o desenvolvimento dessa política ou de programas especiais, como o PACS e o próprio PSF (ALMEIDA; MACINKO, 2006; ALMEIDA; GIOVANELLA; 2008).

O estudo mais amplo sobre o impacto da Saúde da Família já realizado no Brasil é o de MACINKO *et al.* (2006), que mostra uma significativa correlação entre a estratégia e a diminuição da mortalidade infantil. Os autores constataram a seguinte associação: o aumento em 10% da cobertura do PSF reduziu, em média, 4,56% a taxa de mortalidade infantil. Por sua vez, a mesma porcentagem de expansão do abastecimento de água foi responsável por uma queda de 2,92% naquele indicador, e a ampliação em 10% do acesso a leitos hospitalares – medida na qual se concentraram os esforços durante os anos 70 no Brasil – reduziu a mortalidade em apenas 1,35%. Apenas a alfabetização feminina teve maior impacto que a Saúde da Família, diminuindo a mortalidade infantil em 16,8% a cada 10% de redução do analfabetismo nesse segmento.

Outros estudos demonstram aspectos como a diminuição da mortalidade infantil através do cuidado pré-natal constante ao longo da gestação e a prevenção de doenças (HARTZ *et al.*, 1996; SILVA *et al.*, 2006); a superioridade do desempenho do PSF em relação aos serviços



tradicionais e sua contribuição à equidade em saúde (FACCHINI *et al.*, 2006); a melhoria da satisfação de usuários (RIBEIRO *et al.*, 2004; HARZHEIM, 2007) e da percepção do estado de saúde por parte dos usuários e de seus pais, no caso de crianças (HARZHEIM, 2007; TURRINI *et al.* (2008); a maior prevalência de aconselhamento relacionado à prática de atividade física (SIQUEIRA *et al.*, 2009); a diminuição do número de atendimentos não-urgentes em unidades de atendimento emergencial no Brasil (STEIN *et al.*, 2002; CARRET *et al.*, 2009) e a maior adesão às medidas de controle do Diabetes Mellitus (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). A aprovação da comunidade em relação ao PSF em geral, e ao serviço de saúde bucal na Saúde da Família em particular, é constatada, respectivamente, por OLIVEIRA e BORGES (2008) e EMMI e BARROSO (2009).

Alguns estudos mostram, entretanto, resultados negativos – como a falta de diferença significativa entre a percepção dos usuários de PSF e dos serviços tradicionais, bem como uma visão positiva da Saúde da Família somente entre profissionais de atenção básica e gestores (ELIAS *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008). IBAÑEZ *et al.* (2006) descrevem um baixo nível de satisfação (50%) dos usuários de serviços de atenção básica em cidades acima de 100 mil habitantes no estado de São Paulo, acrescentando que a satisfação tende a diminuir entre usuários de condições sociais mais desfavoráveis – ao contrário dos profissionais do PSF, que tendem a avaliar melhor o desempenho quando trabalham em áreas de exclusão social.

RONCALLI e LIMA (2006) relatam que, à exceção da taxa de internação por diarreia, não encontraram diferenças significativas nos indicadores de saúde da criança (cobertura vacinal para DPT, óbitos em menores de um ano, taxa de internação por infecção respiratória aguda e proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer) entre usuários de PACS ou PSF e serviços tradicionais. Esses autores, contudo, observaram que o modo como a Saúde da Família é implantada em cada município influencia diretamente nos resultados, não havendo condições de se avaliar a estratégia por si própria, independentemente do seu contexto. ESCOREL *et al.* (2007) endossam essa observação ao constatar que, em alguns municípios, a Saúde da Família é um programa focal – executado paralelamente a outros serviços de atenção básica – ao passo que, em outros, é vista como um modelo substitutivo de fato.

Essas constatações podem explicar, em parte, a falta de diferenças significativas encontradas nesses últimos estudos – todos realizados com grande amostragem populacional por se tratar

de estudos solicitados pelo governo federal. Autores como OLIVEIRA *et al.* (2008), ao estudar o impacto da Saúde da Família nas *internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Minas Gerais* (CSAA), atribuíram a falta constatada de efeitos da estratégia em tais indicadores à baixa qualidade do cuidado prestado.

Essa suposição traz à tona o fato de que a Saúde da Família, independentemente de seus possíveis impactos na saúde da população, é uma estratégia nova e ainda não totalmente consolidada, que enfrenta diversos desafios para a sua expansão e afirmação. Alguns desses obstáculos estão relacionados às condições de trabalho dos profissionais de Saúde da Família – usualmente detentores de vínculos trabalhistas precários e de altos índices de rotatividade, o que dificulta uma das mais importantes atribuições da estratégia: o acompanhamento longitudinal dos usuários e a criação de vínculos com a comunidade (GIL, 2005; FACCHINI *et al.*, 2006; CANESQUI; SPINELLI, 2006; ESCOREL *et al.*, 2007; OLIVERIA; MARCON, 2007; TOMASI *et al.*, 2008; CASTRO *et al.*, 2004). Alguns autores apontam as dificuldades na expansão da Saúde da Família nos grandes municípios brasileiros (CAMPOS *et al.*, 2002; ESCOREL *et al.*, 2007).

Finalmente, um problema apontado como importante por diversos autores é a falta de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo (CORDEIRO, 2000; CAMPOS e BELISÁRIO, 2001; ARRUDA, 2001; PIANCASTELLI, 2001; CAMPOS E AGUIAR, 2002; GIL *et al.*, 2002). O ensino das profissões de saúde no Brasil e em significativa parte do mundo – sobretudo o da Medicina – ainda está baseado no modelo Flexneriano, baseado na formação de especialistas e nos aspectos biológicos da determinação da saúde e da doença, bem como o ensino ministrado em cenários distantes da realidade de saúde das comunidades, como enfermarias e hospitais, que acabam por concentrar categorias cativas de doentes graves e/ou crônicos (FERREIRA, 2001; WHITE, 1961).

A Saúde da Família, por sua vez, é um modelo assistencial orientado para o cuidado de forma integral, que deve levar em conta outros determinantes da saúde e da doença, como questões familiares, sociais e estilos de vida. Por estar em contato direto com a comunidade, o profissional nessa área deve ser a primeira interface do indivíduo com o sistema de saúde e, por essa razão, ele deve ter uma formação generalista que não é contemplada pelo modelo Flexneriano. Esse profissional deve transitar por saberes e habilidades de diferentes áreas,

como a saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso – embora não deva resolver todos os problemas, e sim compreendê-los através de um olhar mais integral, resolvendo problemas mais comuns e simples, que são a maioria das intercorrências em saúde, promovendo ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde e encaminhando corretamente problemas cuja resolução não pode ocorrer no âmbito da atenção primária.

A necessidade de uma qualificação adequada para suprir as necessidades de expansão da Saúde da Saúde da Família – tanto em quantidade como em qualidade – originou diferentes políticas, no âmbito do Ministério da Saúde, visando à formação e capacitação profissional, como se verá a seguir.

#### 1.4. Políticas públicas para formação e qualificação em Saúde da Família

Primeiramente, é importante ressaltar que as políticas para o aumento e o aperfeiçoamento da força de trabalho em atenção primária não se resumem apenas a capacitações para profissionais formados: há que se mencionar, também, os esforços em prol da reorientação dos cursos de graduação na área de saúde, de modo a aproximá-los da realidade vivida rotineiramente em serviços de atenção primária mediante a ênfase em problemas mais comuns de saúde e no entendimento ampliado do processo saúde-doença. Entre os exemplos de iniciativas com o objetivo de estimular mudanças, citam-se a instituição das novas diretrizes curriculares<sup>17</sup> para os cursos da área de saúde, no ano de 2001; o *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina* (PROMED), programa inicialmente restrito aos cursos de Medicina, em 2002; e o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (PRÓ-SAÚDE), em 2005 – basicamente uma reedição da primeira iniciativa para os cursos de Medicina e sua extensão para os cursos de Enfermagem e Odontologia em um primeiro momento, e para os demais cursos da área de saúde, posteriormente.

O PROMED e o PRÓ-SAÚDE possuem um desenho similar: baseiam-se no repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, que devem ser obrigatoriamente investidos em ações predeterminadas de forma a cobrir mudanças em um ou mais dos três eixos principais, de acordo com a posição da escola em cada um: o primeiro, *Orientação Teórica das Escolas*, tem como objetivo o aumento da produção científica na área da Atenção Básica e a oferta de cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação para profissionais em serviço, de acordo com a necessidade em sua área de atuação. O segundo, *Abordagem Pedagógica*, conclama as instituições a desenvolver inovações em seus currículos, reduzindo a fragmentação das disciplinas em um projeto pedagógico integrado e possibilitando o uso de abordagens centradas no estudante e na construção do conhecimento, e não mais no professor e na transmissão passiva de conteúdos. O terceiro eixo, *Diversificação dos Cenários de*

---

<sup>17</sup> No ano de 2001, o Conselho Nacional de Educação instituiu diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição (Parecer CNE/CES n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001); Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (CNE/CES n.º 1210, de 12 de setembro de 2001); Farmácia (CNE/CES n.º 1.300, de 6 de novembro de 2001); Ciências Biológicas (CNE/CES n.º 1.301, de 6 de novembro de 2001) e Psicologia (CNE/CES n.º 1.314, de 7 de novembro de 2001). Esses documentos ressaltam, como competências desejadas, a compreensão ampla da determinação da doença e a atuação em atividades de Promoção de Saúde, prevenção de doenças e reabilitação. No caso da Medicina, especificamente, preconiza-se um profissional que atue “...nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário”.

*Aprendizagem*, objetiva estimular o uso da própria estrutura do SUS nas atividades práticas, inserindo o estudante na realidade e colocando-o em contato com os problemas de saúde mais prevalentes na comunidade<sup>18</sup> (CAMPOS, 2001; BRASIL, 2007).

Desde 2008, o PRÓ-SAÚDE conta com outra estratégia, o *Programa de Educação Tutorial em Saúde* (PET-SAÚDE). Essa iniciativa prevê a distribuição de bolsas a tutores acadêmicos, preceptores que sejam profissionais dos serviços e alunos de cursos de graduação em saúde, com o objetivo de formar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS, como a atenção primária e vigilância em saúde (BRASIL, 2008b).

Em relação às políticas de educação permanente no Brasil de uma forma geral, MOTTA (1998) relata a presença de considerações sobre o assunto nos relatórios finais de diversas conferências nacionais de saúde ao longo do tempo: inicialmente, ainda na década de 40, as preocupações eram dirigidas basicamente à formação do médico com uma visão sanitarista clássica, campanhista. Com o passar do tempo, porém, o foco passa à formação de profissionais de saúde em um contexto desenvolvimentista, sustentado pela ideologia de "Segurança Nacional" (anos sessenta), e à formação de pessoal de nível médio como forma de apoiar o desenvolvimento dos programas de extensão de cobertura nos anos sessenta e setenta.

Nesta última década, uma importante iniciativa nacional visando à expansão e a qualificação da força de trabalho em saúde teve início: o *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde* (PPREPS), cuja formalização, em 1975, deu origem ao Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil (CASTRO, 2008). Esse programa possuía três objetivos distintos, porém relacionados: a) treinamento maciço de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar; b) apoio à implantação e ao funcionamento de 10 regiões docentes-assistenciais de saúde, que ficariam a cargo das universidades; e c) implantação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em âmbito estadual.

---

<sup>18</sup> Na primeira fase do PRÓ-SAÚDE, em 2005, foram selecionados 89 cursos, dos quais 38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Na segunda fase, em 2007, foram selecionados 68 projetos, contemplando assim 265 cursos da área da saúde, o que correspondeu a aproximadamente 97.000 alunos dos quatorze cursos da área de saúde (BRASIL, 2009a).

A VII Conferência nacional de Saúde, em 1980, relacionou as atividades de educação continuada aos projetos de extensão de cobertura desenvolvidos a partir do *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste* (PIASS), além de propor a reorientação do ensino superior a partir de necessidades regionais e a implementação de programas de integração docente-assistencial (MOTTA, 1998). Ainda na primeira metade da década de 80, assistiu-se ao surgimento do *Projeto Larga Escala*, uma atividade do PPREPS que objetivava a capacitação maciça de profissionais de nível médio. Devido à extensão da cobertura ocorrida na segunda metade dos anos setenta, encontrava-se um grande contingente de trabalhadores de nível elementar nos serviços de saúde sem qualquer qualificação específica para exercer o seu trabalho. Segundo CASTRO (2008), esse número chegou à metade de todos os trabalhadores da área de saúde no país.

É a partir da VIII conferência (1986) – durante a qual se lançou a proposta de reforma sanitária que iria culminar na criação do SUS dois anos mais tarde – que a área de recursos humanos passa a ganhar uma maior importância, segundo Motta (1998). Tanto essa conferência como a IX (1992) a reconhecem como um dos principais pilares daquela proposta. Também em 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que enfatizou, sobretudo, a importância da educação continuada, buscando definir, para ela, modelos e metodologias – assim como uma maior participação, a longo prazo, na graduação universitária<sup>19</sup>.

Nos anos seguintes, antes do surgimento da Saúde da Família, o país assistiria ainda a três iniciativas de capacitação maciça de profissionais em âmbito nacional: o *Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde* (CADRHU), em 1987, com o objetivo de qualificar a gestão de recursos humanos nas instituições públicas do setor saúde; o *Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades básicas de Saúde* (GERUS), na década de noventa, visando à qualificação de gestores de unidades básicas de saúde; e o *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem* (PROFAE), em 1999 – um programa que foi, de certa forma, a continuação do *Larga Escala*, concebido com o propósito de qualificar trabalhadores de enfermagem sem a habilitação técnica necessária ao seu trabalho (CASTRO, 2008). Os três projetos nasceram em um contexto já marcado pela

---

<sup>19</sup> Essa conferência definiu a expressão *educação continuada* da seguinte forma: “processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (apud MOTTA, 1998).

reforma sanitária e/ou pelos princípios do SUS – pautado pelos valores de equidade e universalidade do direito à saúde – e tiveram a sua importância no fortalecimento desse sistema.

A Saúde da Família, como já mostrado anteriormente, surgiu no Brasil em 1994 – passando a ser considerada, oficialmente, como um novo modelo assistencial com caráter reestruturante de todo o sistema a partir de 1997. Essa nova política, entretanto, deparou-se com problemas e impasses crônicos, como a persistência da "... baixa qualidade do sistema de saúde, a baixa resolutividade da atenção básica e a permanência do modelo centrado exclusivamente na doença e na fragmentação dos cuidados, demonstrando a fragilidade do sistema" (GIL *et al.*, 2002:112). Os modelos de ensino na área de saúde não eram diferentes: pautavam-se, sobretudo, por currículos que pouco valorizavam a atenção primária e ações de promoção e vigilância à saúde, enfatizando práticas predominantemente especializadas e hospitalares.

Essa combinação de problemas se contrapunha à expansão do novo modelo assistencial, na medida em que alimentava uma cultura de desconhecimento e subvalorização da atenção primária e, ao mesmo tempo, era realimentada por ela, em um círculo vicioso que constituía, ao mesmo tempo, um objeto de intervenção e uma ameaça à Saúde da Família.

Em um esforço de consolidação de políticas que permitissem a expansão e a sustentabilidade daquela estratégia, o Ministério da Saúde lançou, ainda em dezembro de 1996, um edital público para a implantação de *Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família*<sup>20</sup>. O seu objetivo era atender as necessidades de formação e desenvolvimento da força de trabalho que começava a se voltar para a atenção primária – ainda que sem formação qualificada para esse papel – principalmente através de articulações interinstitucionais entre universidades, instituições isoladas de educação superior e secretarias municipais e estaduais de saúde, realizadas sob a forma de convênios ou consórcios.

Os polos, constituídos de tal forma, deveriam privilegiar a integração ensino-serviço em todas as suas áreas de atuação, desde a formação profissional – através de inovações curriculares nos cursos de graduação e uso de novas metodologias de ensino – até a oferta de cursos introdutórios, atualização e aperfeiçoamento (a curto prazo) e especializações, residências e

---

<sup>20</sup> Com o intuito de não confundir essas estruturas com os polos de Educação Permanente, que as substituíram em 2003, elas serão chamadas doravante de "Polos de Saúde da Família" (Polos-SF).

programas de educação permanente a distância, bem como outras modalidades de pós-graduação em médio e longo prazo (VIANA; FARIA, 2002; GIL *et al.*, 2002).

Entre 1998 e 2001, esses polos realizaram 9.647 cursos e eventos para um total de 173.233 egressos. Entre essas iniciativas, contam-se cursos introdutórios, capacitações para agentes comunitários de saúde, cursos para instrutores de PACS e PSF, eventos variados e outros. Em 2002, havia 98 instituições de ensino superior (IES) envolvidas com os polos, assim como cinco escolas de saúde pública estaduais e representantes de secretarias municipais. Esses resultados, entretanto, foram considerados insuficientes para a magnitude da expansão do PSF que se encontrava em curso (GIL *et al.*, 2002).

Por esse motivo, no ano 2000, o Ministério da Saúde lançou uma convocatória às instituições de ensino superior para que ofertassem cursos de especialização e programas de residência multiprofissional em Saúde da Família. Em 2002, havia 50 especializações nessa área, com 3.265 alunos, e 25 residências, somando 411 residentes. Embora os objetivos e esforços dessas iniciativas fossem maiores que as de cursos introdutórios ou de aperfeiçoamento, a quantidade de profissionais capacitados encontrava-se abaixo das necessidades do país. Por esse motivo, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) propôs um *Plano Nacional de Descentralização de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Família*, com os objetivos de: a) aumentar a institucionalização de fato dos polos estaduais de capacitação de recursos humanos para a Saúde da Família através de articulações entre secretarias estaduais e municipais de saúde e instituições de ensino superior; b) implantar os polos regionais de capacitação com coordenação única nas unidades federadas; c) descentralizar recursos aos municípios para o desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde da Família; e d) ampliar o quadro de instrutores para a capacitação na área.

Outra iniciativa lançada à mesma época é o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com o objetivo de levar força de trabalho em saúde a pequenas cidades desassistidas. Para receber profissionais de outros lugares e compor uma equipe de Saúde da Família, os municípios deveriam possuir uma população de até 50 mil habitantes, não dispor de nenhuma equipe daquela estratégia, apresentar uma mortalidade infantil igual ou superior a cinquenta por mil nascidos vivos e ser área de prioridade para o controle de Tuberculose, Hanseníase ou Malária (STELLA, 2002). Apesar de não visar especificamente à qualificação profissional, um dos incentivos aos profissionais que se candidatassem ao programa era o oferecimento de



um curso de especialização em Saúde da Família. Por esse motivo, várias instituições acadêmicas foram convidadas a preparar ofertas especiais para turmas de profissionais vinculados a essa iniciativa, como se verá adiante.

Com a troca de governo ao final de 2002, os antigos polos foram extintos e uma nova política de educação permanente surgiu, com a criação dos novos *Polos de Educação Permanente em Saúde* (Polo-EP), oficializada por portaria ministerial no início de 2004<sup>21</sup>.

Essa política reconheceu o mérito das algumas iniciativas do governo anterior, como os polos de Saúde da Família, o PROFAE, o GERUS e o PROMED, entre outros, alegando que esses programas: a) ajudaram a mobilizar pessoas e instituições e a aproximar instituições formadoras e serviços; b) desenvolveram condições para a crítica e reflexão sistemáticas; c) fortaleceram o movimento por mudanças na formação em saúde; e d) conseguiram emplacar "mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde" (BRASIL, 2004:8). Apesar desses benefícios, a nova política declarou que esses programas não conseguiram produzir o impacto esperado sobre as instituições formadoras, no que tange aos processos de mudança, e sobre os serviços, no que diz respeito a alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, uma vez que se manteve "a lógica programática das ações ou das profissões" (BRASIL, 2004). Por esses motivos, a sua ênfase se voltaria ao trabalho multiprofissional, à integralidade do cuidado em saúde, ao desenvolvimento de seu controle social, à mudança da formação – a partir das novas diretrizes curriculares – e dos serviços, a partir da reflexão contínua dos próprios trabalhadores em saúde e gestores de unidades. A concepção de EPS dessa política foi expressa da seguinte forma:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação 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 e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão

---

<sup>21</sup> Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004).

setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004:10)

A criação de *polos de Educação Permanente em Saúde* (Polos-EP) foi a estratégia proposta para dar materialidade à nova política. Ao contrário das estruturas anteriores, voltadas claramente para a formação e capacitação de profissionais para a Saúde da Família, não havia uma única área de ação definida para os novos polos: suas "linhas de apoio" definiam ações gerais para diferentes eixos, como o desenvolvimento de ferramentas e metodologias para a EPS, o incentivo à implementação das diretrizes curriculares nacionais no ensino de graduação das profissões da saúde, a educação e desenvolvimento da gestão e do controle social no sistema único de saúde e a "educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família" (BRASIL, 2004:61).

Esses polos deveriam ser constituídos por diferentes atores, como representantes de instituições formadoras, de gestores municipais e estaduais, trabalhadores e estudantes da área de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e "movimentos ligados à gestão social das políticas de saúde". Juntos, deveriam aprovar, por consenso, iniciativas de educação permanente que seriam então encaminhadas à Comissão Intergestora Bipartite<sup>22</sup> para tramitação e aprovação, e em seguida, ao Ministério da Saúde para aprovação e liberação de recursos. Por fim, os polos deveriam seguir a

... mesma cultura construtora do SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, ruptura com a lógica de relação de balcão ou de banco, com o governo federal ou estadual e dos projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais em rodas interinstitucionais (BRASIL, 2004:19).

FARIA (2008), em sua tese de doutorado, comparou as duas políticas – assim como os polos de Saúde da Família e de Educação Permanente – a partir de estudos conduzidos sobre ambas as instâncias, financiados pelo Ministério da Saúde<sup>23</sup>. A autora chama a atenção para o fato de

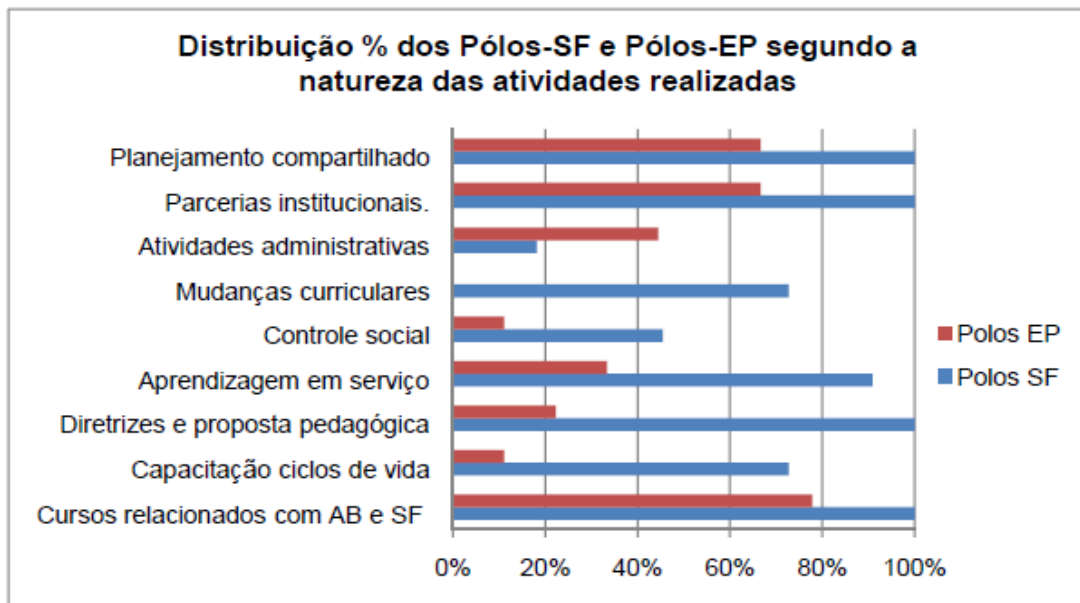
---

<sup>22</sup> Instância deliberativa estadual do Sistema Único de Saúde

<sup>23</sup> O primeiro estudo avaliou os Polos-SF, e foi conduzido pela própria autora, no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP). O segundo avaliou os Polos-EP e foi

a substituição de um polo por outro haver promovido a descontinuidade de uma política que vinha colhendo resultados. A figura abaixo traz uma comparação da frequência encontrada de determinadas atividades no universo pesquisado dos dois tipos de polos:

**Fig. 2 - Distribuição percentual dos polos-SF e polos-EP por natureza das atividades realizadas**



Fonte: FARIA (2008)

Como se pode ver na figura anterior, os polos de educação permanente tiveram uma distribuição maior de atividades apenas no quesito *atividades administrativas*, em relação aos polos de Saúde da Família – provavelmente por haver concentrado boa parte de seus esforços iniciais em atividades-meio, visando à sua própria consolidação.

A autora levanta algumas causas dessas diferenças de desempenho: a primeira tem a ver com a própria concepção de educação permanente e do papel dos polos: enquanto os de Saúde da Família privilegiavam a elaboração de currículos e iniciativas de capacitação a partir das necessidades aferidas pelos níveis regionais e nacional para o desenvolvimento da Saúde da Família, os de Educação Permanente partiam de uma concepção mais próxima ao de EPS adotada pela OPAS, segundo a qual toda equipe de saúde deve refletir sobre a sua prática de forma constante e sistematizada. A partir dessa reflexão, elaboram-se iniciativas específicas,

que podem passar tanto pela reorganização do processo de trabalho como pela demanda de atividades educacionais específicas<sup>24</sup>.

Essa concepção, ao inverter a direcionalidade do processo de decisão e diluir os esforços anteriormente dirigidos à Saúde da Família, pode ter, por um lado, facilitado a reflexão por parte de alguns profissionais de saúde sobre o seu trabalho e a sua realidade. Entretanto, ela também levou a dificuldades operacionais – relativas, sobretudo, à organização e à metodologia de trabalho dos polos. Citam-se aqui a presença ampla de instituições nesses colegiados – causando assim uma significativa rotatividade de suas representações nas reuniões e uma consequente dificuldade na implementação efetiva e continuidade de ações – e a falta de foco em estratégias prioritárias, o que pode ter dificultado o processo de escolha das ações a se implantar. FARIA (2008) levanta outros problemas relativos à organização dos polos EP, como a sua estrutura horizontal, que passou a dificultar o cumprimento de agendas deliberativas, e a delimitação locorregional dissonante das demarcações regionais já existentes em alguns casos, o que dificultava a atuação junto ao município.

Por fim, uma terceira dificuldade está relacionada ao processo de ruptura que se configurou com a adoção da nova política de educação permanente: embora 60% das atividades dos Polos-EP continuassem a atender a Saúde da Família e a atenção primária – apesar do aumento do público-alvo e das áreas de ação –, mais da metade dos polos pesquisados no estudo mencionado pela autora não reconhecia a experiência anterior como referência estruturante. Além disso, houve substituição de equipes, desativação de estruturas físicas e projetos totalmente remodelados (FARIA, 2008).

Em 2005, a partir de uma mudança no comando ministerial ocorrida em julho, o governo federal passou a priorizar novamente a qualificação de pessoal para a Saúde da Família. Nesse mesmo ano, foi publicada a Lei n.º 11.129/2005, que instituiu a *Residência em Área Profissional da Saúde*, definida como "modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica" (BRASIL, 2005). Seu objetivo foi o de estender a modalidade de residência médica a outras profissões, o que contribuiu para criar uma nova possibilidade

---

<sup>24</sup> Ressalta-se também que a nova política não era exclusiva para a Saúde da Família, o que aumentou o público-alvo e o leque potencial de ações.

de formação para os profissionais envolvidos com a Saúde da Família. Dois anos depois, foi instalada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (HADDAD, 2009).

Havia, naquele ano, uma especial preocupação quanto à expansão da Saúde da Família nos grandes municípios brasileiros – principalmente devido à negociação, com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), da segunda fase do *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família* (PROESF)<sup>25</sup>, que se concentrava nesses municípios. Por esse motivo, foi criada – através de uma parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde – a *Rede Multicêntrica de Apoio à especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades* (Rede MAES), cujo *ponto de enlace*<sup>26</sup> foi a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Seu principal objetivo era estimular a cooperação interinstitucional visando ao aumento da capacidade de especialização em Saúde da Família em larga escala, sobretudo nos grandes centros urbanos, como já mencionado. Esse aumento de capacidade seria obtido através do uso da Educação a Distância (EaD) e de uma maior coordenação dos esforços de instituições que já ofertassem especializações na área (ou que quisessem fazê-lo), bem como através da cooperação mútua e de compartilhamento de material didático, experiências e informações em um único repositório comum (UFMG, 2009).

A Rede MAES pressupunha, portanto, que o uso maciço de tecnologias de EaD, bem como uma melhor coordenação e cooperação técnica entre diferentes instituições educacionais, poderiam, com o tempo, aumentar significativamente a oferta de especialização de profissionais que já trabalhassem na Saúde da Família, universalizando assim o seu acesso à qualificação para o exercício dessa estratégia. Nota-se, a título de comparação, que entre janeiro de 2003 e junho de 2005, durante a vigência dos Polos de Educação Permanente, menos da metade do recurso empenhado pelo tesouro nacional até o fim de 2005 para a

---

<sup>25</sup> O PROESF visa a garantir a expansão da Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes através de financiamento de componentes específicos. Sua primeira fase ocorreu entre 2003 e 2007, e a segunda fase, iniciada com atraso devido à prorrogação da primeira, irá até 2011 (Fonte: <http://dab.saude.gov.br/proesf/index.php>).

<sup>26</sup> Segundo o Termo de Referência original dessa iniciativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006), um *ponto de enlace* é uma instituição com experiência na área em que se quer fomentar a colaboração, e que passaria a promovê-la junto às demais instituições no âmbito de uma rede colaborativa. Na UFMG, instituição escolhida pela OPAS como ponto de enlace, a Rede MAES ficou a cargo do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), e foi coordenada pelo autor deste estudo.

capacitação de profissionais de Saúde da Família fora de fato executado (47,72%)<sup>27</sup>, o que demonstra que os principais problemas no campo se deviam menos à escassez de recursos e mais à falta de capacidade instalada para sustentar a demanda por qualificação (CAMPOS; AGUIAR, 2005).

Um segundo pressuposto da Rede MAES era que, embora a residência médica fosse vista como o padrão-ouro para a formação do profissional médico pelo Ministério da Saúde, e apesar da criação da residência multiprofissional em saúde, a expansão de suas vagas não poderia acompanhar o ritmo de expansão da Saúde da Família observado até então, uma vez que essa modalidade de treinamento tem um alto custo. Além disso, ela demanda dedicação integral, o que poderia acarretar dificuldades em atrair os profissionais que já se encontravam em serviço e que precisavam ser capacitados<sup>28</sup>. Por esses motivos, concomitantemente ao esforço de expansão das residências médica e multiprofissional – sobre a qual se falará adiante –, decidiu-se investir maciçamente em cursos de especialização para aqueles profissionais.

Ressalta-se aqui que a Rede MAES fora concebida como uma rede colaborativa que deveria abarcar livremente instituições com experiência ou interesse no assunto. Ela não era um programa ministerial e, dessa forma, não recebia recursos para financiar projetos de especialização: seu papel se restringia a promover a cooperação interinstitucional voluntária. Para isso, ela deveria favorecer contatos entre as instituições que já possuíam cursos de especialização financiados pelo governo federal. Entretanto, por se encontrar oficialmente desvinculada do Ministério da Saúde – praticamente o único financiador até das ações que visava a promover – não podia falar em nome dessa instituição ou garantir o repasse de recursos financeiros.

Em 2007, tendo em vista as limitações observadas nas possibilidades de cooperação institucional sem uma participação efetiva do ministério como agente indutor e o surgimento de uma meta informal de capacitação maciça em Saúde da Família – oficializada em 2008 no

---

<sup>27</sup> Esse recurso havia sido alocado como contrapartida do governo federal ao componente II do PROESF, dedicado à capacitação de profissionais da Saúde da Família.

<sup>28</sup> GIL (2005), comparando turmas de especialização e de residência multiprofissional em Saúde da Família, constatou que os alunos destas eram também mais novos do que os daquelas, o que pode ter refletido na escolha por um dos dois caminhos, já que os mais velhos têm maiores chances de serem casados e terem filhos – restringindo-se, assim, o seu acesso à residência.

plano governamental "*Mais Saúde*"<sup>29</sup> –, a equipe responsável pela Rede MAES propôs a criação de uma *Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde* (UNAEPS), que substituiria a própria rede como um programa efetivamente ministerial. Essa proposta, posteriormente renomeada para Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – nome pela qual é conhecida hoje – foi lançada oficialmente em junho de 2008 e suas diferenças iniciais em relação à Rede MAES estavam na possibilidade de estimular efetivamente a criação de consórcios regionais ou nacionais para a oferta de especializações, de estabelecer padrões mínimos de qualidade e de apoiar as instituições através da realização de diagnóstico de sua capacidade em Educação a Distância e do financiamento de infraestrutura, quando necessário.

Ao aceitar esse apoio, cada instituição se comprometeria a especializar um determinado número de profissionais de acordo com suas novas potencialidades, o que possibilitaria ao Ministério descentralizar a sua meta de forma planejada e acompanhar o seu cumprimento. Além disso, previa-se o seu funcionamento de forma orgânica, com mecanismos de monitoramento que permitissem um "casamento" entre demandas e ofertas em larga escala, através da parceria entre instituições locais de apoio presencial e outras credenciadas em Educação a Distância.

Em 2008, a UNA-SUS concentrou esforços em um projeto-piloto de especialização em Saúde da Família, trabalhando com quatro universidades públicas<sup>30</sup> – entre elas, a UFMG – que ofereceram um total de 4.200 vagas. Em 2009, esse projeto foi ampliado, e nove instituições tiveram seus projetos aprovados, oferecendo um total de 17.200 vagas. Além disso, foi lançado um portal nacional para o intercâmbio didático entre as instituições e foram firmadas cartas-acordo para o financiamento de projetos de apoio à implantação da UNA-SUS. Está previsto, para o ano de 2010, o lançamento da *Plataforma Arouca*, que possibilitará a certificação digital e o acompanhamento individual de cada aluno através de um sistema nacional de informação sobre a formação em saúde, nos âmbitos do ensino técnico, da graduação e da especialização (BRASIL, 2010).

---

<sup>29</sup> Essa meta, presente apenas na primeira versão do programa *Mais Saúde* (ou *PAC-Saúde*), previa a capacitação de 52.172 profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família até 2011, o que correspondia a 65% do total à época. Segundo esse documento, o processo seria conduzido pela Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde, que posteriormente teve o seu nome alterado para *Universidade Aberta do SUS* – UNASUS (BRASIL, 2007b).

<sup>30</sup> As outras universidades foram: Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Campinas. O convênio dessa última acabou cancelado a pedido da instituição, embora ela continuasse a negociar com o Ministério ofertas futuras.

Outra diferença importante em relação à Rede MAES foi a ampliação de escopo. Embora o compromisso inicial da UNA-SUS seja a especialização de profissionais da Saúde da Família, ela não deverá se restringir a essa área. De fato, em seu relatório de gestão 2009, menciona-se o financiamento de cursos de especialização em saúde materno-infantil e em saúde ambiental, bem como ações diversas de qualificação profissional visando à redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010).

Em 2007 – ano de surgimento da ideia da Universidade Aberta do SUS – uma nova política de educação permanente estava para ser lançada, o que de fato ocorreu a partir do lançamento da portaria 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. A nova política foi definida à luz dos novos mecanismos de financiamento e gestão presentes na política do *Pacto pela Saúde*<sup>31</sup>, lançado no ano anterior, e por esse motivo conduziu a uma descentralização operacional da educação permanente: em vez de haver aprovação e financiamento direto do Ministério para todos os projetos, as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB's), presentes em cada estado da federação, deveriam pactuar a execução do recurso repassado pelo governo federal para ações de educação permanente, de acordo com as necessidades regionais, elaborando a partir dessa pactuação um *Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde* (PAREPS). Além disso, essa política extinguiu os Polos de Educação Permanente em Saúde e propôs a criação de *Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço* (CIES), distribuídas regionalmente, estabelecendo em seu anexo II que elas

...apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutoras de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um *menu* de capacitações/ treinamentos pontuais (BRASIL, 2009b:21).

A portaria também determinou que essas comissões

...devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da

---

<sup>31</sup> Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006



educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de Saúde (BRASIL, 2009b:21).

Portanto, ao contrário dos Polos de Educação Permanente em Saúde, as CIES não têm um caráter deliberativo, mas assessor, devendo ser compostas por gestores municipais ou estaduais de educação, trabalhadores do SUS ou suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

A nova política, embora tenha possibilitado a descentralização da execução de ações através do repasse direto de recursos do governo federal aos governos estaduais, não substituiu completamente o financiamento federal de ações consideradas estratégicas, como aquelas inseridas na UNA-SUS.

Nota-se, por fim, que no curto espaço de uma década, diferentes políticas e iniciativas de educação permanente estiveram em vigência – várias das quais voltadas francamente para o desenvolvimento de pessoal para a Estratégia de Saúde da Família. Constata-se também a existência de diferentes visões de educação permanente nos documentos oficiais das políticas ministeriais para a formação e qualificação de profissionais de saúde, incluindo-se aqueles envolvidos com a Saúde da Família, e por esse motivo será necessário um aprofundamento nesse tema. O próximo capítulo versará sobre o termo *educação permanente* e suas acepções comumente encontradas na literatura. Também o conceito de *Educação Permanente em Saúde* (EPS) será discutido, assim como o papel da universidade no seu desenvolvimento, especialmente no que concerne à Saúde da Família.

## 2. A Educação Permanente e o papel da Universidade

### 2.1. Educação Permanente: uma introdução

Primeiramente, é importante destacar não apenas a polissemia do termo Educação Permanente, mas também a quantidade de expressões que são usualmente empregadas ora como variações conceituais da mesma ideia ou sinônimos umas das outras, ora como expressão de significados distintos ou mesmo contraditórios<sup>32</sup>.

Essas controvérsias conceituais sobre o uso do termo podem ser atribuídas às suas diferentes matrizes genealógicas, uma vez que a educação permanente é apontada como resposta a necessidades tão distintas como a rápida qualificação da mão de obra para suportar o rápido processo de industrialização das sociedades modernas, a contraposição à opressão política, social e econômica a partir da década de 60 – principalmente na América Latina – e a resposta a insatisfações com o ensino formal vigente (MOTTA, 1998). Tais matrizes, como se vê, expressam diferentes visões de mundo, vistas às vezes como complementares, outras vezes como mutuamente excludentes. O único consenso parece basear-se no entendimento de Educação Permanente como aquela ministrada a adultos após a conclusão ou o abandono do estudo formal, seja ele o ensino básico ou um curso de graduação.

Independentemente das diferentes razões e visões que expliquem o florescimento da Educação Permanente a partir do século XX, é certo que o acúmulo de conhecimento sobre as características e mecanismos da aprendizagem em adultos desempenhou um papel importante nesse processo. Esse conhecimento começou a ser construído nos anos 30 com a teoria construtivista de Piaget, segundo a qual o aprendizado não ocorre, ao contrário do que se pensava, como um fruto *behaviorista* da repetição e absorção do conteúdo a ser aprendido, mas sim através de um processo ativo de organização e reorganização mental do conhecimento a partir da interação entre a criança e os objetos presentes em seu contexto. Assim sendo, uma vez que o aprendizado passa a ser visto como um processo dinâmico e dialético entre criança e objeto, a teoria construtivista implicaria a necessidade de mudança de

---

<sup>32</sup> Em português, constata-se os termos *Educação Continuada*, *Educação de Adultos*, *Aprendizagem em Serviço*, *Formação em Serviço* ou mesmo *adestramento* ou *reciclagem*. Em inglês, observam-se os termos *Action Learning*, *Permanent Education*, *Recurrent Education*, *Continuing Education*, *Continuous Education*, *Continuous Learning*, *Ongoing Learning*, *Lifelong Learning*, *Lifelong Education* e *In-Service Training*.

um ensino centrado no professor e em seus meios didáticos para outro cujo enfoque seja a própria criança e suas interações e experiências com os objetos de aprendizagem (JÓFILI, 2002).

A teoria construtivista de Piaget possui certa semelhança com as contribuições de Vygotsky, para quem as interações sociais exercem um papel importante no desenvolvimento de altas funções mentais, como memória voluntária, atenção seletiva e pensamento lógico (JÓFILI, 2002). Entretanto, apesar de esses dois autores terem se voltado de forma mais específica para a educação infantil, há outros que, partindo de teorias não muito diferentes em essência, dedicaram-se mais ao aprendizado de adultos, como AUSUBEL, BRUNER e FREIRE.

David AUSUBEL lançou, em 1968, a teoria da *aprendizagem significativa*, segundo a qual o fator isolado mais importante a influenciar a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe. Assim sendo, a nova informação interage com uma estrutura de conhecimentos específica (conceitos *subsunçores*), já existente na estrutura cognitiva do indivíduo. O resultado é a ocorrência da aprendizagem significativa, desde que a nova informação se ancore em conceitos gerais e relevantes preexistentes naquela estrutura. Para Ausubel, o armazenamento de informações no cérebro humano é altamente organizado a partir de uma hierarquia conceitual que são abstrações da experiência do indivíduo, na qual elementos específicos do conhecimento são ligados e assimilados a conceitos mais gerais e inclusivos (MOREIRA; MASINI, 1982).

Em contraste com a aprendizagem significativa, há aquela denominada *mecânica*, na qual as novas informações não se associam a conceitos relevantes e anteriores. Dessa forma, elas são armazenadas de maneira arbitrária, valendo-se mais da memória do que da ancoragem entre conceitos significativos. Para esse autor, no entanto, não há uma dicotomia entre essas duas modalidades de aprendizagem, e sim um *continuum*, uma vez que várias informações básicas – como fórmulas, leis e as associações entre fonemas e letras durante a alfabetização – requerem memorização. A partir dessas informações memorizadas, porém, ancorar-se-ão novos conceitos que poderão ser absorvidos de forma significativa.

A aprendizagem significativa é, portanto, fruto da análise, da experimentação e da relação entre o novo e o já conhecido – ou seja, da busca ativa de significado para uma nova informação a partir dos conhecimentos, habilidades e experiências de cada um.

Essa teoria encontra ressonância em Jerome BRUNER (apud FARIA, 2008), que concebe a aprendizagem como um processo social ativo, durante o qual novas ideias e conceitos são construídos a partir de um estoque prévio de conhecimentos. Segundo esse autor, a prática pedagógica deve encorajar o indivíduo a descobrir, por si mesmo, princípios e padrões, e deve ser ministrada de forma a abordar sequencialmente ações e objetos, depois modelos e representações gráficas e, em um terceiro momento, símbolos que permitam o aprendizado em termos abstratos (FARIA, 2008).

Observa-se, assim, que a relação dialógica e permanente entre sujeito e contexto (PIAGET), ou entre sujeito e interações sociais (VYGOTSKY), ou ainda entre sujeitos, conceitos prévios, experiências e contextos (AUSUBEL e BRUNER) é a base do aprendizado humano – e, por esse motivo, exige uma especial proximidade entre os métodos didáticos e a vida real do aprendiz, bem como a valorização dos seus saberes prévios e a reflexão crítica e diuturna sobre a prática – objeto central de preocupação de Paulo Freire, educador brasileiro cujas contribuições mais se assemelham às mencionadas anteriormente. Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, esse autor alerta para a necessidade de construção conjunta do pensar entre educador e aluno, a partir do respeito recíproco de seus saberes e experiências prévias. Diz o autor:

É fundamental que, na prática da formação docente, o aprendiz de educador assuma que o indispensável pensar certo não é presente dos deuses nem se acha nos guias de professores que iluminados intelectuais escrevem desde o centro do poder, mas, pelo contrário, o pensar certo que supera o ingênuo tem que ser produzido pelo próprio aprendiz em comunhão com o professor formador (FREIRE, 1996).

Essas teorias possibilitaram uma nova visão a respeito da educação permanente ao contribuírem com o entendimento das peculiaridades do aprendizado em adultos. Esse fôlego adquirido no século XX, entretanto, de forma alguma marcou o seu início. A seguir, será feita uma breve análise histórica da evolução do conceito de Educação Permanente no mundo.

## **2.2. Histórico da Educação Permanente**

Observa-se que discussões sobre o papel do aprendizado ao longo da vida não são recentes. O sofista *Protágoras*, no diálogo homônimo de Platão, já sustentava que a educação não se

esgotava após a saída da escola – começando, em certo sentido, precisamente nessa época (JAEGER, 2001:361). Em outra obra sua, o livro VII da *República*, Platão sustenta que somente após os 50 anos os homens estão aptos a se dedicarem à filosofia (PINTO, 2006:128).

Na primeira obra, Protágoras se refere ao fato de que, ao entrar na vida do Estado após o período escolar, o jovem se via forçado a conhecer as leis e a viver de acordo com elas – ou seja, a iniciar a sua vida cívica. Nesse pensamento está implícito o fato de que o aprendizado sobre a vida em sociedade só pode ocorrer em sua plenitude quando se a experimenta, e sendo essa vivência uma experiência contínua e ininterrupta, o aprendizado também o é (FAURE, 1972:142). Tal constatação, contudo, não vale somente para a vida em sociedade, mas para todos os aspectos da vida humana, uma vez que o homem é um ser inacabado e incompleto (COLLET, 1976), capaz – ao longo de virtualmente toda a vida – de observar fenômenos, vivenciar e sistematizar experiências e refletir sobre seus contextos e significados.

Segundo CHEVROLET (1979), a primeira expressão do direito dos adultos à educação apareceu no relatório Condorcet, apresentado à Assembleia Nacional francesa em 1792. Desde então, algumas iniciativas pontuais – como o financiamento e a inauguração de cursos para adultos por Augusto Comte e o advento das *sociedades para a instrução elementar* nos centros industriais – contribuíram para o processo geral de desenvolvimento da educação pós-escolar na França do século XIX. Entre as experiências de educação para adultos ocorridas no século XX, incluem-se as *Village-Colleges*<sup>33</sup>, criadas em 1930, na Inglaterra, e o *Projeto Billière*<sup>34</sup>, criado em 1956, na França (COLLET, 1976).

---

<sup>33</sup> Criadas em Cambridge por M. Henry Morris em 1930, o objetivo das *Village-Colleges* era assegurar que toda vila tivesse direito à cultura, e que ela fosse acessível a todas as idades. Seu funcionamento previa um centro de cultura que se comportava como uma escola (*senior school*) de cursos complementares para adolescentes de onze a quinze anos provenientes das vilas próximas. À noite, esse mesmo centro recebia os adultos das mesmas vilas, proporcionando salas de leituras e reunião, conferências, exposições, biblioteca, teatro, música, corais, corte e costura, arte culinária, círculos de estudo, salas de dança, estenografia, contabilidade, francês, alemão e também cursos de acordo com as necessidades locais, tais como métodos modernos de cultivo do solo e técnicas de horticultura (COLLET, 1976).

<sup>34</sup> O principal objetivo do projeto *Billière* era a educação do trabalhador para promoção no trabalho. Essa iniciativa, ao contrário das *Village-Colleges*, possuía caráter individual e concentrava-se somente em conhecimentos técnicos e profissionais. (COLLET, 1976)

Várias razões foram apontadas como causas do desenvolvimento da Educação Permanente a partir do século XX. LEGRAND (1970) ressalta o papel das transformações sociais, políticas e tecnológicas que o mundo passou a assistir desde então, como a aceleração das inovações tecnológicas e a rápida obsolescência do conhecimento – incluindo-se aí o profissional –, o surgimento da era da informação e dos meios de comunicação em massa e, por fim, a expansão demográfica enfrentada em todo o mundo, responsável pelo aumento do crescimento populacional e, por conseguinte, das necessidades de educação.

Há também quem defenda que a Educação Permanente seja uma resposta às limitações da instituição *escola*: conquanto ela tenha se afirmado, ao longo do tempo, como a principal executora do processo educacional para crianças e jovens, uma vez que as civilizações com alguma acumulação cultural e tecnológica dependem dela para a perpetuação – nas gerações vindouras – de seu saber, sua cultura, seus valores e suas crenças. ILLICH (1973 apud COLLET, 1976) chama a atenção para o fato de sua simples existência separar tempos, processos, serviços e profissões em períodos educativos e não educativos, em uma divisão claramente artificial e estanque. Além disso, a escola pode se distanciar da vida fora de seus muros, sempre mais dinâmica.

Por fim, a Educação Permanente é tanto considerada uma solução para a qualificação rápida e maciça de mão de obra como um caminho para o exercício da cidadania ou a realização plena do homem. Como se verá a seguir, é comum a presença de ambas as visões, em maior ou menor grau, em documentos oficiais.

A expressão *Educação Permanente* começou a aparecer em discussões na Europa em meados dos anos 60, bem como em artigos publicados pela Comissão Europeia e pela UNESCO (RYAN, 1999). FURTER (1974 apud COLLET, 1976) a definiu como

...um processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva que se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que nos encontramos, qualquer que seja a etapa de existência que estejamos vivendo.

Embora a Primeira Conferência Internacional sobre Educação de Adultos tenha ocorrido em 1949 (Elsinore, Dinamarca), apenas a partir da segunda conferência (Montreal, 1960) a UNESCO passa a ressaltar a importância da educação permanente, definindo-a como um programa prioritário (MOTTA, 1998). Nessa conferência, ressaltou-se a importância de se

considerar a formação integral do homem, atentando-se para seus aspectos sociais, culturais, científicos e econômicos. Além disso, a conferência afirmou a necessidade de universalização da Educação de Adultos através da sua total integração aos sistemas nacionais de educação e da sua oferta sem nenhuma espécie de discriminação<sup>35</sup>.

As discussões sobre Educação Permanente avançaram significativamente a partir da publicação do chamado *Relatório Faure (Aprendendo a ser: o mundo da educação hoje e amanhã)*, publicado em 1972. Esse documento é fruto do trabalho da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, que havia iniciado os seus trabalhos em 1971. Entre os seus pressupostos fundamentais, estão o conceito de democracia como o direito de cada homem de se realizar e de participar da construção do seu próprio futuro, assim como o objetivo de se buscar a completa realização do homem, em toda a riqueza de sua personalidade, nos seus compromissos sociais e na complexidade de suas formas de expressão. Além disso, o documento alerta para o fato de que, com essa educação, os homens não mais adquirem conhecimentos definitivos, de uma só vez, mas passam a elaborar, ao longo de toda a vida, o seu próprio conhecimento – o “aprender a ser” (FAURE *et al.*, 1972).

Para RYAN (1999), o relatório Faure representa uma considerável ruptura com o pensamento educacional tradicional: os autores do documento teriam se inspirado em reformadores radicais do então chamado terceiro mundo – em especial o educador brasileiro Paulo Freire, para quem o propósito da educação seria a criação de uma autoconsciência capaz de deslocar o aprendiz da posição de objeto para a de sujeito. WERTHEIN; CUNHA (2005) apontam a importância desse relatório na abertura dos sistemas educacionais em vários países, outrora herméticos e baseados em visões mais conservadoras.

Em 1996 surge outro documento importante para o desenvolvimento da discussão conceitual sobre a educação permanente: o chamado Relatório Delors (*Learning: the treasure within*). Ele foi fruto dos trabalhos de uma comissão montada pela UNESCO em 1993 (Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI), cujo principal objetivo era o de refletir

---

<sup>35</sup> Várias conferências foram organizadas por aquela instituição nos anos subsequentes, propondo diretrizes que visavam a reforçar o papel da educação de adultos no mundo contemporâneo e a buscar a sua operacionalização. Citam-se aqui, além das já mencionadas, as conferências internacionais sobre a educação de adultos em Tóquio (1972), Paris (1985), Hamburgo (1997) e Belém (2009), e também as *Conferências Globais sobre Educação Permanente*, ocorridas em Roma (1994) e Ottawa (1997).

sobre o papel da educação no mundo globalizado da era pós-soviética. Uma educação que pudesse ajudar o homem a compreender os significados do mundo e da época que então se desmembravam (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, 1996).

A essência desse documento se encontra nos chamados quatro pilares da educação: *Aprender a conhecer*, o que significa admitir a vastidão do conhecimento e adquirir estratégias que permitam o desenvolvimento de uma cultura geral, bem como a dedicação mais aprofundada a um número determinado de conhecimentos; *Aprender a fazer*, conceito que se aproxima do mundo do trabalho, ainda que não signifique a preparação de pessoas para tarefas específicas, e sim o estímulo ao trabalho em equipe, o gosto pelo risco e a capacidade de tomar iniciativas; *Aprender a viver juntos*, que trata do papel da educação no reconhecimento do outro e na promoção da solidariedade humana; e *Aprender a ser*, pilar que assume, tal qual o Relatório Faure, a realização plena das pessoas como o objetivo maior do desenvolvimento humano, bem como a necessidade de autonomia intelectual e de visão crítica da vida para a formação de juízos de valor próprios, de capacidade de discernimento e de ação em diferentes circunstâncias da vida.

Uma outra concepção de Educação Permanente floresceu um ano depois da publicação do Relatório Delors: a da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (*Organization for Economic Cooperation and Development – OECD*). Essa visão – expressa principalmente na obra *Recurrent Education: A Strategy for Lifelong Learning (1973)* – diverge do enfoque predominante até então, voltado, sobretudo, para a realização plena do homem: o seu interesse se concentra na equidade social que poderia ser proporcionada por um sistema de educação pós-escola, uma vez que este poderia compensar as deficiências nas experiências educacionais progressas dos indivíduos. Essa concepção também se preocupa em estabelecer uma ponte entre o mundo da educação e o do trabalho, contrapondo-se à distinção usual entre as educações geral e vocacional (RYAN, 1999).

A visão da OECD se renovou em 1996, a partir de um encontro entre os ministros da educação dos seus países-membros. Esse evento, presidido pelo ministro da educação australiano, Hon Simon Crean, optou pela reformulação do seu próprio conceito de Educação Permanente – anteriormente conhecido como *Educação Recorrente (Recurrent Education)* –



baseando-se em três objetivos fundamentais: o *desenvolvimento pessoal*, a *coesão social* e o *crescimento econômico*.

Entre algumas mudanças-chave que caracterizam o contexto dessa evolução conceitual, pontuam-se o entendimento da Educação Permanente como um aprendizado consciente, que perpassa toda a vida e ocorre tanto em espaços formais como não formais, e a visão do aprendizado como processo contínuo e inserido no trabalho e nas experiências pessoais, em contraposição à concepção anterior de alternância entre momentos de educação e trabalho.

As discussões em torno da Educação Permanente contribuíram, com o passar do tempo, para a formulação de uma definição específica desse conceito para a área da saúde que levasse em conta as suas especificidades, como se verá a seguir.

### **2.3. O conceito de Educação Permanente em Saúde da OPAS**

O exercício profissional da saúde possui uma peculiaridade: ele se dá em contextos que exigem uma significativa experiência prática integrada a saberes, habilidades técnicas, atitudes e capacidade de tomada rápida de decisões. Por esse motivo, é natural que as profissões do setor – e, mais especificamente, a formação médica – tenham incorporado, de forma progressiva, a prática em serviço como elemento básico da aprendizagem, tanto no âmbito da graduação como no da pós-graduação.

O conceito de *residência médica* ilustra essa incorporação. Segundo FEUERWERKER (1998), ele surgiu nos Estados Unidos em meados do século XIX, a partir de movimento do Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana. Essa entidade preconizou um “sistema de instrução médica baseado no ensino clínico e na utilização da rede hospitalar para o ensino, (...) privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço”.

No século XX, a capacitação para profissionais de saúde em serviço passou a ser objeto de atenção no continente americano no início da década de 70, quando a XIX Conferência Sanitária Pan-americana de Saúde emitiu, em 1974, a Resolução XXIII, que apontava a necessidade de apoiar os governos em seus esforços para planificar, implantar e melhorar os

mecanismos que permitam a atualização permanente dos trabalhadores de Saúde (HADDAD *et al.*, 1994).

Até essa época, entretanto, considerava-se que o objetivo da educação continuada era manter e estender a competência profissional em qualquer área da prática médica, de forma a assegurar a eficiência dos trabalhadores de saúde através da atualização de conhecimentos, sem que se considerassem mudanças em suas funções, ou modificações na estrutura dos serviços. O resultado dessa visão, segundo ROSCHKE Y CASAS (1987), era a existência de programas educativos específicos por profissões, carentes de articulação entre si e de elementos comuns que pensassem o trabalho da equipe de saúde, e não só de um determinado profissional.

Em 1975, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) convocou um grupo de consultores para que elaborassem diretrizes com o objetivo de facilitar a formulação e execução de planos de educação contínua para equipes de saúde (HADDAD *et al.*, 1994). No informe final desse grupo, constava que “*a maioria dos programas de educação contínua respondem a necessidades de grupos profissionais ou a preocupações de ordem acadêmica*”, sem que contribuíssem de fato para melhorar os serviços de saúde, de forma a satisfazer as necessidades reais da população. O documento também chamou a atenção para o fato de que essas iniciativas não permitiam “*mudanças nas relações técnicas ou sociais do trabalho do setor saúde*”, e que a maior parte dessas iniciativas se dirigia apenas a médicos e enfermeiros, com cobertura insuficiente em áreas rurais ou periféricas (ROSCHKE Y CASAS, 1987).

Após o lançamento da meta *Saúde para todos no ano 2000* (1977) e a realização da Primeira Conferência em Atenção Primária à Saúde (1978), a OPAS passou a estimular a reorganização dos sistemas de saúde no continente com o intuito de ajudar os países a alcançar aquela meta, e assim esse conceito desenvolveu uma nova dimensão a partir do desafio do desenvolvimento da atenção primária à saúde como forma de reorganização, fortalecimento e expansão dos sistemas de saúde. Isso fez com que a educação continuada adquirisse um caráter institucionalizado, passando a ser uma preocupação em diferentes sistemas de saúde.

Essa mudança pode ser demonstrada através da XXII Conferência Sanitária Pan-Americana (Washington, 1986), durante a qual a OPAS reconheceu as restrições para o fortalecimento de

infraestrutura, causadas pelo desenvolvimento inadequado de recursos humanos, e decidiu estabelecer, entre as prioridades programáticas para o quadriênio 1987-1990,

...a busca de uma revisão da definição do papel do pessoal de saúde, melhores esquemas de formação de recursos e maior eficiência na captação, orientação e utilização dos mesmos, especialmente para a gestão dos serviços em níveis intermediários e superiores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1987 apud ROSCHKE Y CASAS, 1987) <sup>36</sup>.

Essa mudança conceitual pode ser também demonstrada a partir da análise dos próprios programas em funcionamento nos anos 70. Em um primeiro momento, eles apontavam a definição de educação continuada como processo de ensino-aprendizagem posterior à formação básica, que tinha por objetivo melhorar a capacitação individual ou coletiva. Estavam implícitos, nessa visão, os conceitos de educação continuada como um processo de atualização frente à evolução científica e tecnológica, que deveria suprimir problemas e a carência de educação formal em algumas circunstâncias.

Em um segundo momento, a partir de 1979, esse arcabouço conceitual de educação continuada passa a dialogar com os princípios fundamentais da educação de adultos e, com isso, reestrutura-se a partir de uma perspectiva andragógica – segundo a qual a educação é um processo que deve continuar ao longo da vida adulta, cuja finalidade é a autogestão do homem e a transformação de seu meio a partir da busca da construção de uma nova sociedade. VIDAL (1982, apud ROSCHKE Y CASAS, 1987) vai descrever a “educação contínua ou permanente” como “*aquela que privilegia a dignidade da pessoa e seu direito democrático de dar e receber aprendizagem segundo suas necessidades individuais e sociais, dentro de um processo concebido sem término temporal, a se dar em todas as etapas da vida*” <sup>37</sup>.

Vai-se moldando assim, no âmbito da OPAS, uma nova concepção de educação continuada, agora denominada *Educação Permanente em Saúde*. Retomando-se a multiplicidade semântica referida no início deste capítulo, citam-se os autores RIBEIRO; MOTTA (1996), que se preocupam em diferenciar os termos *Educação Continuada e Educação Permanente*: enquanto o primeiro diz respeito a atividades de ensino avulsas após a graduação, com a finalidade de atualização profissional ou aquisição de novos conhecimentos e ministradas de

---

<sup>36</sup> Tradução nossa.

<sup>37</sup> Tradução nossa.

forma tradicional, o segundo se relaciona à aprendizagem significativa baseada nas necessidades advindas do processo de trabalho, através de diferentes abordagens pedagógicas.

Segundo esses autores, a resposta à necessidade de novos conhecimentos e habilidades, na educação continuada, baseia-se no pressuposto de que a transmissão de informações sobre uma “situação ideal” é suficiente para o aperfeiçoamento do processo de trabalho. Estabelece-se, pois, uma relação linear entre o conhecimento e a prática, sendo a última entendida como a aplicação da primeira. Na educação permanente, o mundo do trabalho, com todas as suas limitações e em toda a sua complexidade, é que norteia o processo de aprendizagem.

O grande objetivo desse conceito, mais do que a atualização técnico-científica de cada categoria profissional na ponta dos serviços de saúde, é a transformação do processo de trabalho de toda a equipe de saúde, a partir de suas próprias reflexões sobre como ele ocorre e sobre as necessidades de saúde da comunidade a qual assistem (ROSCHKE Y CASAS, 1987).

Vários textos foram publicados pela OPAS nos anos subsequentes. Em 1994, publicou-se o centésimo número da série *Desarrollo de Recursos Humanos*, dedicado à *Educación Permanente de Personal de Salud*, que se tornou uma obra de referência sobre o assunto nas Américas. Nesse documento, a Educação Permanente em Saúde é definida como “... a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da População” (ROVERE, 1994).

A existência de diferentes significados para o conceito de educação permanente, incluindo-se aquele desenvolvido pela OPAS, possui implicações importantes para as políticas de formação e capacitação de força de trabalho para a Saúde da Família e para a definição do papel exercido nelas pela universidade, uma vez que, nos últimos anos, foram observadas políticas conflitantes na área, com distintos referenciais de educação permanente. Esses assuntos serão discutidos a seguir.

#### 2.4. O papel da universidade na Educação Permanente para a Saúde da Família

Como se demonstrou anteriormente, há basicamente duas visões de Educação Permanente em Saúde, presentes nas políticas ministeriais de desenvolvimento de pessoal de saúde e implementadas ao longo dos últimos treze anos. Antes de se discutir o papel da universidade frente a ambas e à sua própria missão no contexto brasileiro, faz-se mister resgatá-las.

A primeira concepção, que alguns autores chamariam de "educação continuada", e não "permanente", esteve mais vinculada aos Polos de Saúde da Família e é descrita por FARIA (2008) como "*um processo ininterrupto de atualização dos conhecimentos e práticas dos responsáveis pela oferta do serviço*" – concepção essa forjada "*sob inspiração da administração gerencial e com predomínio de valores da modernidade*", cujo cenário de ocorrência é, eminentemente, o de ensino-aprendizagem. Os princípios que regem a organização deste sistema formador enfatizariam a competência específica como "*um aspecto importante para um desempenho eficaz*", operando com "*mecanismos subordinados aos valores da impessoalidade, competência e controles liderados por ações de monitoramento e avaliação*" (FARIA, 2008:134).

Essa concepção tem sua importância para a expansão e a consolidação da Saúde da Família no Brasil, uma vez que, assim como essa estratégia, suas ações requerem não apenas coordenação, regulamentação e articulações complexas, mas também uma ruptura paradigmática: ainda são poucos os profissionais de saúde que saem dos cursos de formação realmente preparados para exercer a Saúde da Família com a qualidade pretendida pelo Ministério da Saúde. Aqueles que se formam com um viés especialista, com uma especial tendência a valorizarem diagnósticos menos comuns e alheios ao contexto no qual estão inseridos os usuários com os quais trabalham, precisarão atualizar os seus conhecimentos. Nem todas as necessidades de atualização, entretanto, são desconhecidas ou específicas, e é possível – e desejável – que aquelas mais comuns e genéricas sejam abordadas maciçamente, tão logo possível. Esse modelo de educação continuada ou permanente, se bem organizado e articulado tanto nos níveis de governo como nas instituições formadoras, pode contribuir para a qualificação geral dos trabalhadores da Saúde da Família.

A segunda concepção é a da Educação Permanente em Saúde, divulgada pela OPAS e já descrita anteriormente. Nela se basearam mais os Polos de Educação Permanente, e o seu

enfoque principal é o aperfeiçoamento individual e organizacional a partir da reflexão do próprio indivíduo, e de sua equipe, acerca de seu processo de trabalho e dos principais problemas enfrentados. Uma de suas vantagens, segundo DAVINI (2009), reside no fato de essa modalidade não consistir em programas pontuais de capacitação, e sim em estratégias permanentes e sustentadas de reflexão sobre a ação. Outra vantagem seria levar em conta a existência de uma cultura organizacional prévia e complexa, definida por vários e diversos fatores, cuja mudança nem sempre exigirá apenas ações tradicionais de ensino. A Educação Permanente em Saúde teria, então, condições de ajudar os trabalhadores de saúde a entender e modificar essa cultura, aperfeiçoando assim o seu próprio processo de trabalho e levando a uma maior qualidade do cuidado. Também essa concepção tem a sua importância, principalmente quando se considera, novamente, a ruptura paradigmática da Saúde da Família – ela própria uma nova cultura.

DAVINI (2009:52) reforça a relativização do ambiente tradicional de ensino-aprendizagem na EPS:

Se a Educação Permanente em Saúde for considerada nesta perspectiva, o que se descobre é que o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras) que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso. Limitar a tarefa educativa à aula parece resquícios dos processos cognitivos da instituição escolar transportados para o campo da organização.

Consideremos agora o papel da instituição *universidade* para as duas políticas, uma vez que a garantia de sua estabilidade no processo de capacitação profissional depende, a longo prazo, de sua capacidade de sobreviver a variações políticas como as assistidas nessa área.

Conquanto ambas as visões destaquem a universidade como um ator relevante, elas o fazem de maneiras diferentes: a primeira depende fundamentalmente dessa instituição, enquanto a segunda lhe dá um papel menos assertivo, uma vez que o seu foco se dirige principalmente aos serviços de saúde. ROVERE (1994), importante contribuidor da concepção de EPS vinculada a OPAS, definiu-a, conforme visto anteriormente, como a “*educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho*” – concepção que, a princípio, parece excluir as instituições formadoras do processo. Entretanto, como diz o próprio autor, isso não é verdade: a EPS não é uma atividade exclusiva das instituições empregadoras – até mesmo porque algumas delas

são tão grandes que sistemas próprios de EPS construídos para elas poderiam ser tão complexos como o desenho de uma universidade.

O autor destaca a existência prévia de pontes entre as universidades e os serviços de saúde, como os convênios de Integração Docente-Assistencial (IDA), que costumam funcionar bem no nível macro, dos acordos institucionais, mas não tão bem no nível micro – ou seja, na ponta, entre profissionais dos serviços e docentes – devido a diferenças salariais, desconfiança recíproca ou falta de reconhecimento acadêmico de preceptores nos serviços. O envolvimento da universidade em processos de educação permanente de profissionais de serviço (preceptores) poderia, segundo o autor, contribuir para desfazer tensões observadas entre esses profissionais e docentes. Nota-se, entretanto, que o relacionamento entre universidade e serviços para as ações de EPS, segundo essa concepção, ainda se baseia em um conjunto de potencialidades e possibilidades. Escreve o autor:

É sabido que, assim como não ocorre à maioria das universidades que seja necessário consultar os serviços de saúde para realizar reformas educativas e curriculares, tampouco ocorre aos serviços de saúde que poderiam ter a universidade em algo tão 'interno' como a educação permanente de seu próprio pessoal (ROVERE, 1994:101. Tradução nossa).

Assim sendo, ambas as partes têm dificuldades em visualizar a sua integração para a EPS. DAVINI (2009), embora teça críticas ao papel inicial das universidades e escolas superiores em relação aos projetos de Educação Permanente, alegando que ambas tenham se mantido muito distantes destes, acaba por afirmar que a viabilidade política de projetos educacionais ligados a programa de reformas exige a articulação com atores locais e de diferentes níveis hierárquicos, entre os quais se inclui a universidade, por ser esta "*amplamente reconhecida por seu peso no conhecimento*" (DAVINI, 2009:57).

Embora houvesse diferentes ênfases quanto ao papel das instituições formadoras nas políticas de educação permanente no país nos últimos anos, é verdade que nenhuma excluiu a sua participação: os Polos de Saúde da Família eram, essencialmente, articulações de esferas de gestão com instituições de ensino, e estas acabaram por se tornar membros dos polos de Educação Permanente em uma articulação mais ampla, da qual também participavam

trabalhadores do SUS, estudantes, gestores e movimentos sociais<sup>38</sup>. A lógica de ruptura não foi com a universidade em si, mas com programas de capacitação que fossem ofertados sob a forma de "produtos enlatados", acordados com instituições alheias às necessidades locais (DAVINI, 2009). Ainda assim, o papel da universidade como apoiadora de processos de educação permanente nos serviços, como promotora de reflexão sobre o trabalho e indutora da problematização da prática – foco principal da EPS – não estava claro, ao contrário do seu papel no polo como apresentador e apreciador de projetos educacionais, papel esse mais vinculado ao conceito de educação continuada.

Ressalta-se que as distintas concepções de Educação Permanente, ao contrário do que pode parecer à primeira vista, podem ser permeáveis e atuar de forma complementar no âmbito das universidades. Conforme ressalta FARIA (2008), não existem oposições ao uso de metodologias ativo-reflexivas como recursos educacionais em relação à primeira. Assim sendo, iniciativas de capacitação podem ser planejadas e adaptadas, se necessário, levando-se em conta as necessidades locais e conduzindo a equipe de saúde à problematização e reflexão cotidiana de seu processo de trabalho. Por outro lado, a concepção de Educação Permanente em Saúde não prescinde de momentos tradicionais de aprendizagem: eles apenas não a definem, nem presidem suas ações, e por isso serão usados somente quando necessários a um determinado objetivo.

ROSCHKE (1997 apud FARIA, 2008) demonstra essa integração ao lembrar que existem dois conhecimentos no mundo do trabalho em saúde: o acadêmico – especializado, desenvolvido ao longo dos estudos e aplicado no planejamento e na resolução de problemas de saúde – e o operacional, desenvolvido a partir da própria experiência de trabalho, que permite a reflexão sobre várias alternativas para se decidir sobre uma ação. Essas duas modalidades de conhecimento, segundo a autora, são integradas, e somente aparecem separadas para fins de análise.

Aprofundando esse pensamento, poder-se-ia dizer, por exemplo, que um profissional de saúde – seja ele médico ou enfermeiro –, ao cuidar de um usuário com hipertensão, deverá estar com

---

<sup>38</sup> Também as CIES mantiveram as universidades e outras instituições formadoras como membros participantes.



seus conhecimentos atualizados em relação à terapêutica, tanto medicamentosa como a baseada em recomendações gerais. Ambos deverão também dominar as técnicas corretas de mensuração dos níveis pressóricos. Esses saberes fazem parte da primeira categoria de conhecimento: são gerais – ou seja, não diferem de um contexto para o outro – e acadêmicos, obtidos através de observações sistematizadas e pesquisas clínicas. O conhecimento terapêutico, especificamente, é muito dinâmico e depende de atualização constante. Ambos podem, portanto, ser apreendidos em um ambiente tradicional de ensino-aprendizagem.

Há, porém, conhecimentos mais específicos sobre aquela realidade e sobre a própria equipe, os quais são empíricos, apreendidos intuitivamente pelos próprios profissionais e enraizados na organização ao longo do tempo. Referem-se, por exemplo, ao conhecimento da linguagem e dos valores da comunidade (dos quais pode depender o sucesso terapêutico), ao significado que a doença *hipertensão* possui entre os usuários daquele contexto, às limitações daquela região (por exemplo, falta de material necessário, falta de um medicamento de primeira escolha e conhecimento das alternativas possíveis), à distinção entre mudanças de estilo de vida viáveis e inviáveis naquela comunidade e ao conhecimento da vocação e das competências de cada membro da equipe – importante para a execução eficaz de um plano de trabalho multidisciplinar. Esse conhecimento, por ser diferente em cada comunidade e em cada equipe, é um alvo preferencial de ações educacionais que partam do princípio de Educação Permanente em Saúde. A atualização do conhecimento acadêmico, dessa forma, seria parte integrante do processo de EPS como um todo, não se confundindo com ele.

O desafio para a universidade, aqui, é criar boas relações com a ponta e seus profissionais, valorizando o seu conhecimento empírico e incorporando-o na medida do possível. Ela pode também assessorar a condução de processos de EPS e ajudar a identificar necessidades específicas de atualização do conhecimento acadêmico.

É importante que a universidade sempre leve em conta, também, que esse conhecimento empírico/operacional pode ser difundido a outras unidades de saúde por aqueles que o desenvolveram: os próprios profissionais de saúde que já se encontram em serviço e possuem experiência prévia – e que, certamente, desenvolveram estratégias específicas para o enfrentamento de situações que podem se repetir com algum colega em outro contexto. Esses profissionais não são, de forma alguma, tábulas rasas prestes a absorver conhecimentos absolutos, e por esse motivo, as universidades devem criar espaços reais e/ou virtuais de

interação e intercâmbio de experiências, valendo-se, sobretudo, das novas tecnologias da informação.

Tendo sido analisado o papel esperado – ou ao menos desejado – das universidades em relação às políticas de educação permanente, assim como a sua possibilidade de ajudar na integração de suas diferentes concepções, passemos agora a discutir o que dizem a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e a Política Nacional de Extensão sobre a função da educação superior nessa área. Diz a LDB, em seu artigo 43º, que a educação superior tem por finalidade (...):

II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

V - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996).

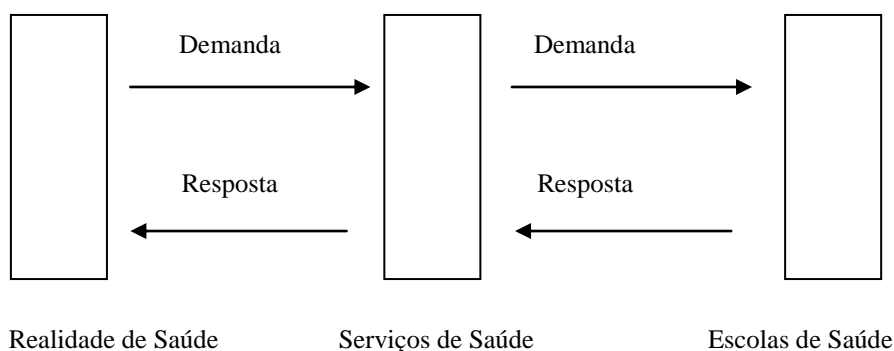
Demonstra-se, assim, que tanto o aperfeiçoamento profissional quanto o conhecimento de problemas nacionais e regionais, além da prestação de serviços especializados, fazem parte oficialmente do escopo de atividades da educação superior. Em relação à Política Nacional de Extensão, há quatro eixos de ação explicitados nesse documento, e todos corroboram as atividades da universidade frente à capacitação de profissionais em Saúde da Família: *a) Impacto e transformação*, que visa ao estabelecimento de uma relação entre a Universidade e sociedade, com vistas a uma atuação transformadora, voltada para os interesses e necessidades da maioria da população e implementadora de políticas públicas; *b) Interação dialógica*, que estabelece que essas relações devam ser marcadas pelo diálogo, pela troca de saberes e por uma ação de mão dupla, com respeito ao conhecimento acumulado pela sociedade e que vise à superação de desigualdades; *c) Interdisciplinaridade*, através da interação de modelos e conceitos complementares, que busca consistência teórica e operacional tendo em vista a interinstitucionalidade construída na relação entre organizações, profissionais e pessoas; *d) Indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão*, segundo o qual a extensão é um processo acadêmico que, como tal, deverá se vincular à formação de pessoas e

de geração de conhecimento (FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS, 2007:18). Além disso, é importante dizer que a Saúde da Família é considerada oficialmente uma linha de extensão universitária pelo Fórum de pró-reitores de extensão.

Assim, uma vez demonstrado esse papel da universidade também de acordo com a LDB e a política de extensão, há que se tecerem duas considerações: a primeira é em relação aos benefícios que a universidade colhe ao cumprir o seu próprio papel de ajudar no esforço nacional de capacitação preconizado pelo Ministério da Saúde. A segunda está relacionada a fatores que precisam se desenvolver para que as universidades possam ofertar uma determinada modalidade de capacitação – a especialização *lato sensu* – na quantidade e qualidade necessárias ao fortalecimento da atenção primária em nosso país.

Em relação à primeira, é importante lembrar que as universidades são tidas como indiferentes às necessidades da sociedade desde o seu surgimento, nos séculos XII e XIII (FILHO, 2006). Além disso, especialmente em relação às profissões de saúde, elas também são consideradas lentas em relação às respostas que devem promover. CAMPOS (1997) ilustra a interação desejada entre academia e serviços a partir do seguinte diagrama:

**Fig 3: Relações entre a realidade, os serviços e as escolas de saúde**



Segundo esse autor, as necessidades de saúde são dinâmicas, e por isso geram demandas distintas em contextos distintos. Essas demandas, por vezes insidiosas e não muito claras, são percebidas pelos serviços de saúde – cuja função social é dar resposta aos problemas de saúde da comunidade – através do aumento do número de casos de determinadas enfermidades. Para

desenvolver a capacidade de lidar com novos problemas (ou antigos problemas em novos contextos), o serviço deve interagir com as instituições de ensino de saúde, formadoras de seus quadros, de forma a garantir que essas mudanças sejam compreendidas e incorporadas à agenda de formação de seus novos profissionais. Ele também deve estabelecer articulações com essas instituições para que elas apoiem o desenvolvimento de capacidade de resposta dos serviços a partir de processos de educação permanente.

Nota-se, entretanto, que essa intercomunicação não ocorre de forma natural ou rápida. Além disso, para que ocorra, é essencial que a demanda manifestada pelos serviços de saúde chegue à universidade, e ao contrário da interação que se estabelece entre a realidade e os serviços – que ocorre por vezes, mas não sempre, de forma mais natural – a comunicação entre aquelas só ocorrerá se provocada ativamente, seja de uma forma pontual ou meramente formal, seja como um processo permanente de Integração Docente-Assistencial, que se traduza em uma relação permanente e bilateral entre academia e serviços.

Essa integração, se organizada de forma consistente, e caso ambas as partes tenham total clareza sobre seus objetivos e limitações, pode ser benéfica a todos os eixos do ensino superior, uma vez que estes funcionam de forma integrada. No caso da atenção primária, por exemplo, ao aceitar produzir um curso de especialização para equipes de Saúde da Família a pedido de um gestor municipal, uma universidade que anteriormente não tivesse nenhuma experiência com o assunto passaria a experimentar, através de seus docentes, um maior contato com o conceito e as peculiaridades da atenção primária, tanto através da montagem da proposta curricular (principalmente se realizada com a colaboração ativa de profissionais do serviço) como a partir da troca de histórias e experiências com os profissionais em especialização.

Esses docentes, ao ministrarem aulas para cursos de graduação, poderão gradualmente incorporar o novo conhecimento em seus currículos. O desenvolvimento de trabalhos de conclusão de curso ligados a questões dos serviços e a posterior publicação dos melhores em periódicos científicos podem estimular futuros projetos acadêmicos que tenham, como objeto de estudo, problemas percebidos no âmbito da atenção primária, e a vivência prática tanto de alunos como de professores pode estimular a criação de projetos de extensão. Por sua vez, um curso de graduação que seja objeto de um programa consistente de reorientação curricular para a valorização da atenção primária, e que conte com a participação do serviço no

processo, poderia tornar os professores mais seguros e interessados em ministrar aulas em cursos de especialização em Saúde da Família para os profissionais da ponta, ainda que não tenham muita vivência nessa área.

Assim sendo, o oferecimento desses cursos pode contribuir, com o tempo, para "arejar" a universidade e facilitar a construção e a incorporação de novos saberes em seu seio – seja na pesquisa, através do desenvolvimento de linhas de investigação no tema, seja na extensão, através da apresentação de projetos em parceria com os serviços ou os municípios, seja no ensino, através da incorporação gradual, pelos cursos de graduação, de um novo paradigma de cuidado cada vez mais apreendido pela universidade em seus contatos com a realidade e os serviços de saúde durante os cursos de especialização profissional.

Por fim, a segunda consideração: com o intuito de desenvolver ofertas de especialização em serviço, renovando-se assim seus saberes e contribuindo para o desenvolvimento nacional da Estratégia de Saúde da Família, as universidades devem se organizar de forma a lidar com um grande volume de profissionais sem abrir mão da qualidade. Elas devem também considerar a natureza desse velho-novo aluno, que já se encontra em serviço e já tem valores, práticas e experiências preestabelecidos. Para isso, devem levar em consideração normas já existentes e aprender a lidar com elas, ou adquirir forças e argumentos para questioná-las.

O curso de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, é a modalidade de capacitação que vem sendo privilegiada pelo Ministério da Saúde. Segundo a resolução nº 1, de 8 de junho de 2007, da Câmara de Educação Superior, do Ministério da Educação, esse tipo de curso deve ter duração mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, excluindo-se o tempo de estudo individual ou em grupo sem a presença do professor e aquele dedicado à elaboração individual e obrigatória de monografia ou trabalho de conclusão de curso (Artigo 5º). Seu corpo docente deve ser constituído por professores especialistas ou de reconhecida capacidade técnico-profissional, 50% dos quais, no mínimo, devem possuir titulação de mestre ou de doutor obtido em programa de pós-graduação *stricto sensu*, reconhecido pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2007a).

Obviamente, a oferta desses cursos deverá ser viabilizada do ponto de vista financeiro e discutida internamente nos departamentos, nas unidades e em outras instâncias acadêmicas

necessárias, assim como em instituições (serviços) demandantes. Por esses motivos, é importante que os cursos de especialização se organizem em relação:

*a) ao estabelecimento de relações políticas para a sua construção:* tanto internas (entre unidades, pró-reitorias etc.), como forma de viabilizar a sua qualidade e trâmite, como externas, de forma a garantir clientela e financiamento (como, por exemplo, o Ministério da Saúde, instituições específicas de fomento e gestores locais que demandem especializações);

*b) à Integração Ensino-Serviço,* necessária ao desenvolvimento da proposta, conceito entendido aqui como equivalente ao antigo conceito de *Integração Docente-Assistencial* – definido pelo Ministério da Educação, em 1981, como uma

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino. (apud OLSCHOWSKY; SILVA, 2000);

*c) à definição de seu marco teórico,* ressaltando-se aqui duas de suas partes: uma referente às concepções pedagógicas utilizadas na educação de adultos e outra relacionada às concepções utilizadas de atenção primária e Saúde da Família;

*d) ao compartilhamento de recursos e capacidades* com outras iniciativas que tenham o mesmo propósito e estejam baseadas na mesma universidade, ou entre diferentes instituições acadêmicas, com o intuito de melhorar a qualidade e aumentar a capacidade instalada no país de oferta de vagas de especializações em número adequado às suas necessidades, da forma como pretende a UNA-SUS;

*e) ao desenvolvimento de mecanismos de avaliação,* conceito entendido aqui como subdividido em dois aspectos: a *avaliação do processo*, com a função principal de direcionar o aperfeiçoamento e a melhoria das ações durante o desenvolvimento da iniciativa, e a *avaliação de resultados*, que busca analisar os sucessos alcançados e seus limites, constituindo-se em elemento de suma importância no terreno político, facilitando a construção de apoios e garantindo a viabilização da continuidade da iniciativa (DAVINI, 2007);

Essas categorias referentes à organização institucional para a oferta de cursos de especialização serão exploradas no presente estudo, de forma a contribuir com achados e hipóteses para a descrição e o entendimento da lógica dessa oferta no âmbito da Universidade Federal de Minas Gerais. A seguir, será descrito o marco metodológico deste trabalho, desenvolvido para esse fim.

**Terceira Parte:**  
**Marco Metodológico**



### 3.1. Objetivos do trabalho

#### **Objetivo geral:**

- Identificar e analisar as iniciativas de especialização para a Saúde da Família, desenvolvidas e em desenvolvimento no âmbito da UFMG, nos aspectos relativos ao seu processo de criação, organização e articulação.

#### **Objetivos específicos:**

- Realizar um resgate histórico do processo de criação e desenvolvimento dessas iniciativas;
- Discutir as interações observadas entre os cursos, identificando limites e possibilidades desse processo.

### 3.2. Características gerais do estudo

Trata-se de uma abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de um estudo de caso. Esse método de pesquisa empírica visa reunir dados relevantes acerca do objeto de estudo, de forma a alcançar um conhecimento mais amplo sobre o mesmo, dissipar dúvidas, esclarecer questões pertinentes e subsidiar ações posteriores (CHIZZOTTI, 2006).

Essa abordagem utiliza estratégias de pesquisa qualitativa, embora não exclusivamente, para mapear, descrever e analisar contextos, relações e percepções referentes a uma situação, fenômeno ou evento (MINAYO, 2008). Envolve uma busca intensiva de dados sobre um evento, situação ou processo, para que se possa estudá-lo e compreendê-lo de forma profunda (BRUYNE, HERMAN *et al.*, 1977; CHIZZOTTI, 2006).

O estudo de caso desenvolvido neste trabalho tem caráter exploratório — ou seja, tem o objetivo de conhecer melhor uma situação ou fenômeno que não se encontra descrito de forma suficiente na literatura, visando à elaboração de hipóteses para futuras investigações e/ou ao subsídio ao delineamento de novos objetos de estudo (BRUYNE, HERMAN *et al.*, 1977; GIL, 2008; MINAYO, 2008). A fim de se alcançar esse intento, este trabalho assumiu

primeiramente um caráter descritivo, valendo-se de descrições históricas, estruturais e inter-relacionais das iniciativas de capacitação estudadas, para descrever o caso de forma detalhada.

Um estudo de caso é uma estratégia adequada para lidar com fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto real, tendo especial valor quando os limites entre eles e seus contextos não estão bem definidos — ou seja, quando um determinado contexto parece exercer influências sobre um fenômeno, mas não há meios de se controlarem suas variáveis ou eventos separadamente (KEEN e PACKWOOD, 2005; YIN, 2005). Essa condição é usualmente observada em fenômenos sociais complexos — como organizações, coletividades, governos ou instâncias de representação política — e se aplica também ao objeto de estudo deste trabalho, uma vez que se pretende analisar como se organiza uma organização complexa (universidade) para dar resposta a uma determinada política pública (formação maciça de profissionais para a Saúde da Família), ao mesmo tempo em que diferentes contextos a envolvem: um primeiro, interno, diz respeito à própria UFMG — instituição que, em sua complexidade, comporta-se como um sistema composto pela interação entre unidades distintas, muitas vezes com diferentes prioridades. Um segundo contexto é o da própria instituição *universidade pública brasileira*, que possui um papel social específico e é alvo de expectativas, tanto por parte da sociedade como do setor saúde. Um terceiro contexto, externo à universidade, delinea-se nas políticas públicas de formação e capacitação para a Saúde da Família, capazes de induzir reações por parte da universidade — políticas essas que também se situam em um quarto contexto mais geral, que se refere à própria constituição do Sistema Único de Saúde e à adoção da Saúde da Família como base da organização do cuidado em saúde.

A UFMG foi a instituição escolhida para este estudo de caso por abranger uma série de características desejáveis em universidades públicas que participem dos esforços nacionais de especialização de profissionais em Saúde da Família: primeiro, pela existência de um papel de destaque desde o início daquela proposta, quando foi convidada pela Secretaria Estadual de Saúde para contribuir na qualificação dos profissionais daquele estado envolvidos na estratégia. Segundo, por ter atendido a todos os editais do Ministério na área, desde a conformação de um polo-SF até a montagem de um programa de residência multiprofissional, passando por várias ofertas de cursos introdutórios e de especialização – contribuindo, assim, de forma maciça, com as políticas de qualificação de profissionais para a Atenção Básica. Terceiro, por sua trajetória de Integração Ensino-Serviço, iniciada ainda na década de setenta.

Quarto, por ser reconhecida por sua colaboração pelo Ministério e pela OPAS, o que se expressa, sobretudo, na escolha da universidade para a coordenação inicial de um esforço de interação e compartilhamento entre instituições ofertantes de especialização em Saúde da Família – a Rede MAES, que viria, mais tarde, a se tornar um programa ministerial, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Trata-se, em suma, de um caso com um significativo histórico de contribuições à capacitação profissional para a Saúde da Família e, por esse motivo, o seu estudo em profundidade – incluindo a identificação de suas facilidades e dificuldades – pode ser útil como um ponto de partida para o entendimento tanto das relações desse tipo de instituição com as instituições demandantes de qualificação – em particular o Ministério da Saúde – como das nuances internas de sua organização para dar resposta a essas demandas.

Entende-se, portanto, que o conhecimento aprofundado do assunto em uma única universidade como a UFMG – levando-se em conta a natureza exploratória da investigação e o histórico de ações dessa instituição na área – pode ser um ponto de partida importante para o delineamento de hipóteses e novos objetos de estudo, bem como para o aperfeiçoamento da oferta de cursos de especialização em Saúde da Família na própria UFMG. Espera-se, também, que as discussões aqui presentes possam contribuir com futuros estudos que possam contribuir com a melhoria de iniciativas ou políticas de capacitação em universidades públicas.

Optou-se, no presente trabalho, pela realização de um estudo de caso único incorporado — definição que, segundo YIN (2005), aplica-se àqueles estudos nos quais o objeto é um todo constituído por diferentes unidades incorporadas. Essa opção se deve ao fato de que este estudo pretende analisar a lógica de organização interna de uma única instituição (UFMG) para uma dada finalidade (qualificação de profissionais para a Saúde da Família), embora a estrutura resultante implique a existência de diferentes iniciativas voltadas para esse fim. Assim sendo, define-se como *caso*, no presente trabalho, o processo de especialização para a Saúde da Família no âmbito da Universidade Federal de Minas Gerais, e como *unidades incorporadas de análise*, as iniciativas desenvolvidas para essa finalidade naquela instituição. Uma vez que há uma unicidade do caso e uma diversidade de unidades de análise, é a partir da investigação das interações entre as partes e de sua história que se pretendeu alcançar o entendimento sobre o todo — ou seja, o caso.

### 3.3. Caracterização do caso

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) surgiu no ano de 1927, a partir da união das escolas de nível superior existentes em Belo Horizonte – entre elas, as Faculdades de Odontologia (fundada em 1907) e de Medicina (1911)<sup>39</sup>. Naquela época, a universidade se chamava “Universidade de Minas Gerais”, e era privada, embora subsidiada pelo Estado. A Escola de Enfermagem da UFMG surgiria alguns anos depois, em 1933, com o nome de "Escola de Enfermagem Carlos Chagas", tendo estado subordinada à Secretaria de Educação e Saúde Pública do Estado de Minas Gerais desde a sua fundação até 1949<sup>40</sup>.

Em 1949, uma lei federalizou a universidade<sup>41</sup>. No ano seguinte, já incorporada a ela, a Escola de Enfermagem passou a se subordinar à Faculdade de Medicina, situação pela qual nela permaneceu até o ano de 1968, quando ganhou autonomia e passou a se chamar "Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais".

Os cursos de saúde da UFMG iniciaram, a partir da década de setenta, um processo de integração com os serviços de saúde que ainda se mantém em 2010. Em 1975, a Faculdade de Medicina passou por uma importante reforma curricular – fruto da insatisfação de alunos e de parte do corpo docente com a reforma universitária de 1968, promovida pelo regime militar, que expandiu significativamente o número de vagas em vários cursos e centralizou o ensino de cadeiras básicas da área da saúde no Instituto de Ciências Biológicas da UFMG (ICB). A existência de ideias progressistas entre o movimento estudantil e alguns docentes daquele curso, aliada à necessidade de a Faculdade se reorganizar para lidar com o excesso de alunos devido à expansão das vagas, fez com que o novo currículo se centralizasse na assistência médica (FERREIRA, 2000). Assim sendo, quase todo o ensino foi deslocado para ambulatorios até o internato do sexto ano. Esse processo culminaria ainda com uma integração progressiva com a rede pública, a expansão de departamentos básicos como a Pediatria, a supressão quase integral de aulas teóricas magistrais e, a partir de 1978, a criação do Internato Rural, durante o qual os alunos estagiavam em cidades do interior atuando na assistência e conhecendo, na prática, o funcionamento dos serviços de saúde em comunidades desassistidas.

---

<sup>39</sup> [http://www.ufmg.br/conheca/hi\\_index.shtml](http://www.ufmg.br/conheca/hi_index.shtml)

<sup>40</sup> <http://www.enf.ufmg.br/centrodememoria/>

<sup>41</sup> Lei nº 971, de 16 de dezembro de 1949

O envolvimento da Escola de Enfermagem com atividades de integração ensino-serviço também tem origem na década de setenta 70, a partir da idealização da habilitação em Enfermagem de Saúde pública, com estágios realizados na rede básica de serviços de saúde. Em 1981, a escola se integrou a uma proposta conjunta do Ministério da Saúde, da OPAS e da SES/MG com o objetivo de experimentar um modelo de supervisão que buscasse problemas relacionados à educação continuada do auxiliar de saúde nos então denominados módulos básicos de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 1997). Vários alunos e professores se inseriram em centros regionais de saúde de Minas Gerais, e o acúmulo de experiência se fez presente em outros projetos daquela década, como a participação da escola no Projeto Larga Escala, a condução do Programa de Desenvolvimento da Enfermagem (PRODEN) – a partir de 1988 e sob os auspícios da Fundação W.K. Kellog, que visava melhorar o ensino e a infraestrutura das escolas de enfermagem<sup>42</sup> – e o Projeto Transetorial de ação Comunitária (PTAC). Este, desenvolvido conjuntamente com a Faculdade de Medicina, objetivava a promoção da integração ensino-serviço, orientada a partir da inserção da temática da atenção primária em ambos os currículos de graduação. Esse projeto também foi apoiado pela Fundação W.K. Kellog e obteve uma boa repercussão em nível internacional. Na década 90, a tradição de integração com os serviços de saúde fez com que a Faculdade de Medicina fosse declarada, pela OMS, "Centro colaborador para Educação e Prática Médica".

Após o advento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a SES/MG convidou a UFMG, entre outras instituições, para participar das primeiras discussões sobre a qualificação dos profissionais envolvidos com a nova estratégia. Essa parceria impulsionou as primeiras reflexões sobre o assunto no âmbito da universidade, e o grupo de professores envolvidos elaborou um projeto que concorreria ao edital ministerial, lançado ao final de 1996, para a criação de um polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Polo-SF), que entraria em funcionamento em 1997. A articulação para o lançamento dessa estrutura teve um caráter interdisciplinar: dela participaram, além da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da UFMG, a Escola de Engenharia (através de seu Departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental, a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Através do seu departamento de Comunicação Social), a SES/MG, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), secretarias municipais de

---

<sup>42</sup> A Escola de Enfermagem da UFMG foi o único polo no Brasil a conduzir essa iniciativa. Ao todo, havia quatro na América Latina.

saúde que mantinham convênio com programas de internato rural da UFMG e outras escolas de Medicina e Enfermagem do estado.

O Polo-SF/UFMG se propôs, em seu projeto de implantação, a atuar em quatro eixos: o primeiro, relacionado à educação permanente (EP) de pessoal de saúde envolvido com a Saúde da Família, através do desenvolvimento de um programa de EP de profissionais da rede básica para a prática da Saúde da Família e de mecanismos de cooperação técnica com instituições de ensino e de serviço. O segundo, visando à formação de profissionais em nível de graduação e pós-graduação, a partir do fortalecimento da Atenção Básica na grade curricular e da criação de linhas de pesquisa para a produção de conhecimento em Saúde da Família. O terceiro, com o objetivo de desenvolver, incorporar e disseminar metodologias de trabalho e conhecimentos relacionados àquela estratégia. E, por fim, o quarto eixo, relacionado à avaliação continuada das atividades do próprio polo, visando ao acompanhamento e redirecionamento das mesmas em caso de necessidade.

Entre as ações realizadas pelo polo visando à qualificação do trabalhador da Saúde da Família, citam-se os cursos introdutórios – treinamentos realizados em parceria com outras instituições formadoras do estado e participantes do polo, como a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, a SES/MG e diversas secretarias municipais de saúde –; capacitações técnicas em áreas temáticas da Atenção Básica, como saúde da criança, saúde bucal, DST/AIDS, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes Mellitus, entre outros; capacitação de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, cursos sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), capacitação de enfermeiros supervisores de equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a realização de consultoria a distância para os profissionais de equipes de Saúde da Família, com especialistas das áreas básicas e em saúde coletiva da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas da UFMG e, por fim, a criação de um curso de especialização em Saúde da Família, cuja oferta e posteriores reofertas constituem algumas das unidades de análise deste estudo<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Após a mudança da política nacional de estruturação de polos de Saúde da Família e sua posterior substituição pelos polos de Educação Permanente, que não se encontravam sediados nas universidades, o antigo polo foi substituído por um Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS), responsável por representar oficialmente a UFMG naquelas instâncias.

Foram estudadas, ao todo, sete iniciativas de especialização em Saúde da Família, abrangendo a sua totalidade entre os anos de 1999 e 2010. A implantação de um curso de especialização na UFMG se inicia a partir da realização de acordos interdepartamentais e interunidades – que garantirão a elaboração de um projeto e sua aprovação nas câmaras departamentais envolvidas – e da busca por financiamento, que pode se realizar através da resposta a editais ou a apresentação de projetos ao Ministério ou outras instituições de fomento. Em alguns casos de especializações em Saúde da Família, conforme descrito anteriormente, a UFMG é procurada diretamente por instituições interessadas em capacitar os trabalhadores de sua rede de Atenção Primária à Saúde.

O departamento que tem a maior carga horária no curso é, geralmente, o responsável formal por ele, embora outros departamentos sejam considerados participantes. Os projetos de curso, após a aprovação nas câmaras departamentais, devem ser aprovados nas congregações de todas as unidades envolvidas, e a seguir seguem para a Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG), onde passarão por uma apreciação técnica – que avalia, entre outros fatores, a adequação do curso às normas daquela instância e também às do Ministério da Educação. Avalia-se ali, também, o corpo docente proposto e aprovado pelos departamentos.

Durante essa fase, o projeto pode ser devolvido e reencaminhado algumas vezes a pedido da equipe técnica da PRPG, em virtude de levantamento de pendências, pedidos de esclarecimentos ou propostas de readequação às normas de pós-graduação. Essa fase pode ter uma duração variada, a depender dos aspectos técnicos do projeto. Em caso de pedido de reoferta de curso, o trâmite pode ser mais rápido, uma vez que o curso não é avaliado como um todo: em vez disso, avaliam-se apenas eventuais modificações realizadas no regulamento, no corpo docente, nas ementas das disciplinas ou em outros aspectos vitais da proposta. O passo seguinte é a aprovação pela Câmara de Pós-Graduação da UFMG. A seguir, o projeto do curso deve passar ainda por última aprovação, da Pró-Reitoria de Planejamento – instância responsável por avaliar a sua viabilidade financeira.

As iniciativas estudadas serão descritas brevemente a seguir:

a) *A primeira oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) para uma turma de 40 alunos médicos e enfermeiros, iniciada em 1999 e encerrada em 2000, a cargo do*

Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Medicina da UFMG;

b) A segunda oferta do CESF, desenvolvida especialmente para os profissionais médicos e enfermeiros que integraram o *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)* em algumas regiões do estado de Minas Gerais e realizada entre 2001 e 2005 para três turmas: duas compostas por vinte e três profissionais vinculados ao PITS e uma terceira para quarenta profissionais, sendo oito vinculados ao programa e 32 profissionais de regiões onde ele se desenvolveu. Essa iniciativa também esteve sob os auspícios do DMPS;

c) *O projeto Veredas de Minas*, a cargo do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da UFMG, também uma reoferta adaptada do CESF que concorreu a um edital do Ministério da Saúde visando à expansão da qualificação de profissionais do PSF. Essa iniciativa abriu, primeiramente, 640 vagas para profissionais, entre médicos, enfermeiros e dentistas. Posteriormente, foram executadas algumas reofertas menores: uma turma para 40 profissionais coordenadores e gestores da Atenção Básica em municípios que mantinham convênio com programas de internato rural da UFMG, e três turmas de quarenta alunos cada, composta por médicos, enfermeiros e dentistas nos municípios de Pedra Azul, Teófilo Otoni e Ouro Preto;

d) *O BH-Vida*, reoferta do CESF destinada inicialmente a especializar profissionais médicos e enfermeiros vinculados à Saúde da Família no município de Belo Horizonte. Foram abertas, ao todo, 980 vagas para esses profissionais. Posteriormente, foram solicitadas mais 60 vagas para a composição de uma turma no município de Ipatinga, e outras 210 para o município de Contagem. Essa iniciativa foi delineada e executada pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON). O DMPS também se responsabilizou por esse curso na estrutura acadêmica.

e) *A Residência Multiprofissional em Saúde da Família*, iniciada em 2003 sob a forma de um curso de especialização a cargo do DMPS, ofertando dez vagas anuais para médicos e dez para enfermeiros. Essa iniciativa sofreu uma significativa reformulação posteriormente, tornando-se uma residência médica em Medicina de Família de Comunidade e perdendo o



caráter de curso de especialização e sua parte vinculada à enfermagem<sup>44</sup>. Sua responsabilidade foi transferida à Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital das Clínicas da UFMG;

f) O *Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF)*, única iniciativa a ser ofertada na modalidade a distância, concebida pelo NESCON e inserida em um Programa de extensão destinado a abranger futuramente outras iniciativas de capacitação a distância (Programa Ágora). Também a cargo do DMPS dentro da estrutura acadêmica da Faculdade de Medicina, esse curso havia iniciado, até o primeiro semestre de 2010, quatro turmas com quatrocentas vagas cada, destinadas a profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, no âmbito do sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB). Essas vagas foram associadas geograficamente a dez localidades no estado de Minas Gerais, sendo uma delas o próprio município de Belo Horizonte, em uma oferta especial para os seus profissionais. As restantes eram municípios com polos de apoio presencial, estruturas integrantes da UAB.

g) O *Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva*, ofertado pela Faculdade de Odontologia desde 2002 e adaptado, a pedido da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para os seus profissionais cirurgiões-dentistas da Atenção Básica. Foram ofertadas, primeiramente, 40 vagas, e uma nova oferta de 80 vagas foi realizada a seguir.

A tabela abaixo mostra a distribuição das sete iniciativas no tempo, por semestres:

---

<sup>44</sup> Embora essa iniciativa tenha, no decorrer do seu percurso, deixado de ser um curso de especialização, e levando-se em conta que a residência é também reconhecida como uma pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização, a residência foi estudada em sua totalidade, durante os anos de 2002 a 2010. Por esse motivo, quando são usadas neste trabalho as expressões *iniciativas de especialização* ou *curso de especialização*, elas também se referem à residência como um todo, e não apenas a uma de suas fases.



É importante ressaltar, por fim, que as três unidades da UFMG comumente envolvidas na concepção e execução das iniciativas estudadas tiveram projetos de reorientação de cursos de graduação aprovados pelo programa Pró-Saúde, tendo montado comissões para a sua condução. Esse fato se torna importante para este estudo por demonstrar o seu compromisso com a valorização da Atenção Básica no ensino de graduação, e também devido ao fato de a oferta de educação permanente para profissionais em serviço ser um eixo importante do Pró-Saúde, uma vez que esse programa a relaciona diretamente à inserção da Atenção Básica no ensino.

### 3.4. Sujeitos do estudo

Em uma pesquisa qualitativa, a amostragem é tipicamente variável, pois não obedece necessariamente a critérios estatísticos. Mais do que se preocupar com a generalização, o pesquisador deve dedicar-se ao aprofundamento, à abrangência e à diversidade no processo de compreensão do seu objeto – seja ele um grupo social, uma organização, instituição ou uma política (MINAYO, 2008). Mesmo em estudos de caso que visem à generalização, YIN (2005) alerta para a diferença entre duas formas de se generalizarem os resultados: a estatística, baseada na análise da amostra e em fórmulas que permitam determinar o seu grau de certeza; e a analítica, baseada na replicação experimental de uma condição, evento, fenômeno ou hipótese.

O presente trabalho não se pretende generalizável nem de uma forma, nem de outra: interessa aqui o conhecimento, a descrição e o aprofundamento dos processos e situações relacionadas ao objeto de estudo. Por esse motivo, as pessoas que foram entrevistadas foram, via de regra, indivíduos em cargos de coordenação das iniciativas de especialização em Saúde da Família, com alto grau de envolvimento e participação nos seus processos de concepção e/ou implementação. Também foram entrevistados um ex-pró-reitor de Extensão da UFMG e docentes que coordenaram o polo de formação, capacitação e educação permanente de pessoal para a Estratégia de Saúde da Família da UFMG e a estrutura que, de certa forma, foi a sua sucessora: O Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde<sup>45</sup>. Todos se encontravam também envolvidos, à época da entrevista, com a especialização em Saúde da Família na universidade.

---

<sup>45</sup> Para efeitos deste trabalho, essas estruturas serão consideradas *instâncias de apoio*.

Foram realizadas, ao todo, doze entrevistas<sup>46</sup>. Em uma delas, duas pessoas ligadas à coordenação de uma iniciativa foram entrevistadas ao mesmo tempo, a pedido de ambas. Em outra, uma pessoa o foi por duas vezes: na primeira, como coordenadora de uma das iniciativas. Na segunda, como coordenadora de instância apoiadora. O apêndice 06 contém uma lista com o código atribuído a cada entrevistado.

### 3.5. Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Com a finalidade de evitar vieses e aumentar a confiabilidade das evidências obtidas, este estudo obedeceu ao princípio da *triangulação de evidências* — usualmente preconizado na condução de estudos de caso e na realização de pesquisa qualitativa de forma geral. Ele envolve a comparação de resultados, durante a análise dos dados, entre duas ou mais fontes de evidências. O pesquisador procura, assim, padrões de convergência que o ajudarão a desenvolver ou corroborar uma determinada interpretação (MAYS; POPE, 2005). Para YIN (2005), o uso de múltiplas fontes de evidência é uma forma de aumentar a *validade do constructo*, o que contribui operacionalmente para a objetividade e o encadeamento das evidências obtidas.

Minayo (2008:378) caracteriza a triangulação como uma "combinação e cruzamento de métodos, de múltiplas técnicas de abordagem, de coleta de dados, de vários pontos de vista (...) e de várias críticas elaboradas sobre um mesmo resultado de pesquisa".

O presente estudo envolveu a coleta de dados através de análise documental e entrevistas individuais semiestruturadas. Procurou-se sempre a comparação dos dados obtidos de forma a fortalecer o seu significado através da sua replicação, ou a questioná-lo através da contradição. Essa análise comparada ocorreu, sobretudo, entre os dados obtidos através da análise documental e as entrevistas individuais.

Para a delimitação do objeto de pesquisa e a construção dos roteiros de entrevista e análise documental, foram elaborados planos de análise contendo quadros preliminares de eixos de

---

<sup>46</sup> Uma entrevista acabou não sendo aproveitada devido a uma mudança ocorrida no escopo do trabalho após a qualificação deste.

análise, categorias operacionais e variáveis de verificação, bem como possíveis dados a se coletar e as ações para esse fim, enfatizando-se sempre a descrição e o desvendamento do percurso das iniciativas de capacitação em Saúde da Família. Foram estabelecidas *a priori*, nesses planos, categorias operacionais – que, segundo MINAYO (2008:179), são aquelas construídas "... com finalidade de aproximação ao objeto de pesquisa (...), devendo ser apropriadas ou construídas com a finalidade de permitir a observação e o trabalho de campo".

O Apêndice 01, encontrado ao final deste trabalho, corresponde ao plano para a coleta e análise das entrevistas contendo as categorias operacionais, enquanto o apêndice 02 está relacionado à análise documental.

A coleta de dados para este estudo foi autorizada mediante análise e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), conforme parecer n.º ETIC 642/08, emitido em 17 de dezembro de 2008.

Para a análise documental, foi solicitado à Pró-reitoria de Pós-graduação da UFMG (PRPG/UFMG) o acesso a todos os projetos de especialização em Saúde da Família tramitados e aprovados naquela instância. Foi realizada uma análise criteriosa desses documentos, utilizando-se uma tabela de categorias desenvolvida para esse fim, de acordo com o método descrito na seção seguinte<sup>47</sup>. Alguns documentos além dos projetos originais, como relatórios técnicos, foram obtidos diretamente com alguns entrevistados.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, foi adotada a definição de MINAYO (2008), para quem uma entrevista "... é, acima de tudo, uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa..." (p. 261). Ainda segundo essa autora, a entrevista semiestruturada se distingue pela utilização de um roteiro que facilite a abordagem de todos os pontos de interesse, mas sem restringir a fala dos entrevistados. Por esse motivo, foi elaborado um roteiro-padrão, voltado para a entrevista de coordenadores de curso (Apêndice 04), e outro para coordenadores de instâncias apoiadoras (Apêndice 05). Após a análise documental, algumas entrevistas foram complementadas com o envio de mensagem eletrônica

---

<sup>47</sup> Os documentos de uma das iniciativas – a Residência Multiprofissional – foram obtidos diretamente com um dos entrevistados, uma vez que a documentação não se encontrava nem em poder da PRPG/UFMG, nem da Comissão de Residência Médica do HC (COREME/HC).

solicitando informações específicas que não constassem em nenhum desses materiais. Os e-mails recebidos foram incorporados ao banco de dados montado para a organização deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do *termo de consentimento livre e esclarecido*, aprovado previamente pelo COEP/UFMG. Todas foram gravadas por meio de gravador digital, copiadas em arquivos de áudio e transcritas por profissional qualificado.

É importante destacar que as entrevistas, além de geradoras de evidências, tiveram também um significativo valor narrativo e histórico, à medida que contribuíram para o resgate dos caminhos percorridos pela capacitação em Saúde da Família no âmbito da UFMG<sup>48</sup>.

### **3.6. Organização, análise e interpretação dos resultados**

Para a organização e análise dos dados, foram utilizadas duas estratégias: a primeira, mais restrita e de caráter quantitativo, teve como objetivo a comparação sistemática das variáveis *corpo docente e referências bibliográficas* – obtidas através da análise documental dos projetos oficiais – a fim de identificar possíveis concomitâncias que pudessem ajudar, por meio da triangulação de evidências, a inferir o grau de proximidade entre as diferentes iniciativas.

A segunda análise, com objetivos mais amplos, foi de natureza essencialmente qualitativa e seguiu o método da análise de conteúdo (AC) – que, de acordo com Bardin (2008), define-se como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) dessas mensagens (p. 44).

Como unidade de registro, optou-se pelo *tema*, definido como "...uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma

---

<sup>48</sup> As narrativas obtidas reforçaram a construção dos históricos das iniciativas estudadas, do polo e do NIEPS, iniciados pela análise documental e apresentados neste trabalho

frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares" (BERELSON, 1952 apud BARDIN, 2008:131).

Todo o *corpus* do trabalho composto por entrevistas foi repassado ao *software* NVivo 8<sup>®</sup> após a leitura flutuante<sup>49</sup>. Nesse programa, foi realizada a codificação e a categorização do material, o que facilitou o confronto posterior de unidades de registro inseridas em uma mesma categoria. A categorização operacional prévia contida no plano de coleta de dados foi reorganizada, a partir da análise do material, em oito categorias empíricas que, juntamente com a descrição geral do desenvolvimento de cada iniciativa, constituem o fundamento de toda a análise contida neste trabalho. São elas:

- Concepção Pedagógica;
- Avaliação;
- Natureza da demanda;
- Financiamento;
- Articulações Institucionais interunidades;
- Interações no âmbito Administrativo;
- Integração com serviços e graduação;
- Interação com outros cursos.

A partir dessa estratégia, foi também possível construir algumas hipóteses sobre esses elementos, que serão discutidas ao final. A árvore final com as categorias empíricas utilizadas, bem como suas subcategorias, pode ser encontrada no apêndice 07.

---

<sup>49</sup> Segundo Bardin (2008), a *leitura flutuante* deve ser a primeira atividade de organização da análise. Trata-se do estabelecimento de um primeiro contato com os documentos e do conhecimento do texto, "...deixando-se invadir por impressões e orientações" (p. 122). Essa leitura vai, aos poucos, tornando-se mais precisa a partir da emergência de hipóteses e da projeção de teorias adaptadas sobre os dados.

**Quarta Parte:**  
**Resultados e Discussão**



## **4. As iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG**

Este capítulo descreverá a origem e o desenvolvimento das sete iniciativas estudadas neste trabalho.

### **4.1. O curso de especialização em Saúde da Família (CESF) e sua primeira oferta (1999 - 2000)<sup>50</sup>**

A primeira oferta de um curso de especialização em Saúde da Família está vinculada à criação, quatro anos antes de sua aprovação, de um grupo de trabalho composto pela UFMG (representada pela Faculdade de Medicina e pela Escola de Enfermagem), a Coordenação do PSF da Secretaria Estadual de Saúde, pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESMIG) e pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCCMG). Esse grupo, estabelecido em 1995 a convite da coordenação estadual do PSF, visava à elaboração e implantação de um projeto de educação permanente destinado aos profissionais que já integravam as primeiras equipes de Saúde da Família no estado de Minas Gerais. A UFMG vem, assim, desempenhando um papel no desenvolvimento da força de trabalho para aquela estratégia desde os primórdios desta no estado.

O eixo da proposta concebida pelo grupo foi um curso de especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros inseridos em equipes de PSF, ministrado por docentes das instituições participantes. Esse curso ficou vinculado administrativamente à ESMIG, que por esse motivo se responsabilizou pela titulação dos profissionais, e a sua coordenação didático-pedagógica ficou a cargo do grupo de trabalho que o concebeu. Suas atividades iniciaram-se em 1997, e foram desenvolvidas por faculdades de medicina e de enfermagem das universidades federais de Alfenas e Juiz de Fora, além da Universidade Estadual de Montes Claros, da FCMMG, da UFMG e da ESMIG – essas duas últimas responsáveis conjuntamente por duas turmas do curso em Belo Horizonte, nos anos de 1997 e 1998.

Paralelamente à articulação com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG), o grupo de professores envolvidos no curso a cargo da ESMIG decidiu responder ao edital do Ministério

---

<sup>50</sup> As datas entre parêntesis indicam o período da única oferta do curso. Ressalta-se que o primeiro ano se refere ao início das atividades acadêmicas do curso, uma vez que a sua concepção, planejamento e tramitação costumam durar cerca de um ano.

da Saúde para a criação de *Polos de Formação, capacitação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família*, lançado em dezembro de 1996. O projeto para a instalação de um polo na UFMG foi enviado em fevereiro de 1997, tendo sido aprovado no mesmo ano.

Esse projeto já mencionava explicitamente a criação de um curso de especialização, no âmbito da UFMG, em Saúde da Família para médicos e enfermeiros, que estaria inserido em um programa maior de educação permanente para profissionais da rede básica de serviços. Aproveitando-se da experiência acumulada junto ao grupo de trabalho da SES e das instituições parceiras daquela empreitada, um grupo de professores ligados ao polo apresentou, em 1998, a versão final de um projeto de *Curso de Especialização em Saúde da Família* (CESF) – que viria, após tramitar em todos os departamentos que possuíam docentes envolvidos, a ser aprovado pela Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 27 de abril de 1999.

Cabe aqui ressaltar que o curso anterior, vinculado à ESMIG, já contava com profissionais da UFMG em seu corpo docente e utilizava a infraestrutura da universidade em algumas atividades. O novo curso, embora articulado pelo Polo-SF/UFMG, não ficou vinculado a essa instância, e sim à própria universidade. Diz uma pessoa envolvida nesse processo:

Dentro do grupo a gente falava: esse curso não é do polo, esse curso é da UFMG, então todos os nossos projetos foram no sentido de se institucionalizarem o mais rápido possível. Ele nunca foi um curso de especialização do polo, ele é um curso de especialização da UFMG. Aí nós passamos do primeiro curso que foi oferecido para a ESMIG para o nosso curso, uma transição até tranquila, começando um e terminando outro. Foi o tempo de tramitar... (Entrevista nº 08)

Segundo o projeto aprovado do curso, seus objetivos eram: a) estimular a capacidade de análise crítica sob regime de treinamento; b) aperfeiçoar o conhecimento e a abordagem da nosologia prevalente; c) estimular ações de promoção e educação para a saúde; d) habilitar o profissional para a sistematização das ações coletivas em saúde; e) contribuir de forma diferenciada para o fortalecimento do SUS e possibilitar a mudança do modelo de atenção à saúde então vigente.

A carga horária total do curso era de 570 horas, das quais 360 eram intraclasses (distribuídas em 18 períodos mensais de concentração, de 20 horas cada) e 210 eram dedicadas a atividades de campo (período de dispersão). O curso foi estruturado em três linhas programáticas (LP):

Clínico-assistencial (LP1); sócio-pedagógica para abordagem individual, familiar e coletiva (LP2) e sistematização das ações de saúde coletiva (LP3). Cada linha continha três diferentes disciplinas. Apesar disso, decidiu-se por adaptar essa grade original e trabalhar com ciclos de vida, em vez de linhas programáticas, por se julgar ser aquela abordagem a mais adequada à formação em Saúde da Família. Por esse motivo, foram administrados módulos adaptados das disciplinas originais (a grade curricular original pode ser encontrada no anexo 01, e a adaptada, no anexo 02).

Apesar dessa estruturação prévia, o colegiado do curso decidiu que ele não seria ministrado em disciplinas sequenciais: em vez disso, estas se integrariam em módulos referentes a ciclos de vida (Saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso e saúde da mulher) e a outros conteúdos relevantes (Gerenciamento do cuidado em saúde, saúde mental, saúde do trabalhador e ambiental). Ao final do curso, houve um seminário de apresentação dos trabalhos finais.

A primeira oferta desse curso direcionou-se ao seu público-alvo (médicos e dentistas) através de processo seletivo para 40 vagas (20 para médicos e 20 para enfermeiros), lançado por edital. Essa seleção, realizada por meio de análise de currículos e entrevistas, contou com uma participação expressiva de vários candidatos: foram aprovados 109 enfermeiros e 76 médicos. Por esse motivo, foi solicitada à Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG (PRPG/UFMG) a criação de novas turmas para reaproveitamento dos excedentes. Esse pedido, entretanto, foi negado<sup>51</sup>, embora o Polo-SF/UFMG houvesse captado, junto ao Ministério da Saúde, recurso suficiente para o oferecimento de seis turmas. Embora os motivos da negação não tenham sido explicitados na documentação consultada, provavelmente se devem ao fato de essa ter sido sua primeira oferta, e por esse motivo talvez não fosse desejável uma turma grande, uma vez que o curso ainda não havia sido testado e avaliado.

O curso foi ministrado entre outubro de 1999 e dezembro de 2000. Dos quarenta alunos inicialmente matriculados, trinta e quatro (85%) concluíram o curso.

Embora outras três iniciativas posteriores fossem oficialmente reofertas desse curso, pode-se dizer que ele, tal como concebido inicialmente, foi ofertado apenas para essa turma, uma vez

---

<sup>51</sup> Ofício da PRPG/AAC/082/99, de 14 de outubro de 1999.

que as outras iniciativas sofreram mudanças em seu formato curricular e, além disso, possuíam algumas especificidades em relação aos seus públicos-alvo, como se verá a seguir.

#### **4.2. A demanda do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001 - 2005)**

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) tinha como objetivo estimular a ida de profissionais médicos e enfermeiros a localidades remotas, desprovidas de assistência em saúde, para que atuassem em equipes de Saúde da Família e, dessa forma, alavancassem essa estratégia nesses lugares. Foi concebido em um momento durante o qual a Saúde da Família avançava em seu processo de expansão – embora esta ocorresse, sobretudo, nas cidades de médio porte, enquanto municípios menores e grandes regiões metropolitanas permaneciam descobertos (CAMPOS *et al.*, 2002).

O PITS foi instituído pelo decreto n.º 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, sob a coordenação do Ministério da Saúde. Para receber profissionais de saúde vinculados ao programa, um município deveria preencher os seguintes critérios de elegibilidade: possuir até 50 mil habitantes, não dispor de equipe de PSF, apresentar altas taxas de mortalidade infantil e ser área de prioridade para o controle de malária, Tuberculose ou Hanseníase.

O profissional vinculado ao programa deveria, ao menos por um ano, viver em uma das localidades eleitas<sup>52</sup>. Em troca, ele receberia uma bolsa<sup>53</sup> do governo federal, incentivos locais, como moradia e alimentação, e um curso de especialização em Saúde da Família, a ser ofertado por instituições acadêmicas reconhecidas. Embora o vínculo com o programa tivesse uma duração limitada, esperava-se que alguns participantes se decidissem pelo prolongamento da estadia – ou, em alguns casos, optassem pela residência definitiva.

O Ministério da Saúde solicitou a várias instituições acadêmicas, inclusive à UFMG, que participassem do programa ofertando capacitações em Saúde da Família. A universidade deu

---

<sup>52</sup> Segundo documento administrativo vinculado à oferta do curso de especialização para o PITS, os candidatos deveriam indicar três localidades entre as eleitas pelo Ministério da Saúde, e sua lotação seguiu os critérios de classificação, buscando atender a uma das opções de local de trabalho do candidato. (Verificar corpo/fonte.)

<sup>53</sup> Essa bolsa tinha duração de um ano, sendo possível a sua prorrogação por mais um ano caso houvesse concordância das três instâncias envolvidas: federal, estadual e municipal.

a sua anuência em reunião do Ministério realizada em Brasília com dirigentes de universidades, na qual foi representada pelos dirigentes da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem. Segundo documento administrativo consultado, inicialmente, a capacitação não previa a titulação de especialista, estando ela a cargo do Polo-SF. Posteriormente, em reuniões que aconteceram em Brasília nos meses de março a abril de 2001, o Ministério decidiu pela especialização, e então o pedido de reoferta do CESF foi oficializado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e um convênio foi assinado entre o Ministério e a UFMG. A administração do recurso foi feita pelo *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq), que ficou responsável pelo pagamento das bolsas aos profissionais, coordenadores e tutores, bem como pelo repasse financeiro para as despesas do curso. Os recursos utilizados vieram de um convênio específico entre o Ministério e aquela instituição<sup>54</sup>.

A reoferta de uma turma especial com vinte vagas<sup>55</sup> para o PITS foi aprovada na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em cinco de julho de 2001. O curso manteve a carga horária prevista originalmente no CESF (570 horas, das quais 360 eram intraclasse, e 210 dedicadas a atividades de campo). Entretanto, algumas inovações foram realizadas: cada equipe de profissionais em um determinado município (um médico e um enfermeiro) passou a contar com um tutor, também médico ou enfermeiro, para discutir dificuldades relativas às suas atividades no município e no curso. Esses tutores encontravam os alunos no município e também no encontro presencial em Belo Horizonte. Cada equipe ganhou também, do Ministério da Saúde, um computador com acesso à Internet para comunicação com o tutor e consultas técnicas ao polo, bem como um *kit* básico com material médico e didático, publicações das áreas técnicas do Ministério e livros básicos de medicina.

Além disso, atividades práticas foram desenvolvidas em ambulatórios de serviços de saúde da rede municipal de Belo Horizonte e do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG), bem como nos municípios de atuação dos profissionais vinculados ao PITS, sob a supervisão do tutor de cada equipe. Entre os cenários de prática em Belo Horizonte, mencionam-se o Serviço de Hanseníase e o ambulatório de Dermatologia do HC/UFMG, o Hospital-

---

<sup>54</sup> Convênio MS/SPS/CNPq n. 111/01, de 06/06/2001.

<sup>55</sup> Posteriormente foi aprovada a oferta de mais três vagas devido ao desligamento de três profissionais do programa, de forma a receber os seus substitutos. Apesar de desligados, esses profissionais já estavam matriculados na UFMG e, portanto, tinham o direito de continuar o curso, segundo consulta formal realizada pela coordenação do curso à UFMG. Essa turma, portanto, foi composta de 23 profissionais.

Maternidade Sofia Feldman, o Centro Geral de Pediatria e o Laboratório de Simulação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Outra mudança importante ocorreu na organização dos conteúdos ministrados: assim como a primeira oferta do CESF, apesar de a reoferta para o PITS haver mantido a grade curricular oficial aprovada para aquele curso, suas disciplinas foram reorganizadas em módulos referentes a ciclos de vida<sup>56</sup>. Essa integração, contudo, ocorreu de forma diferente daquela vista na primeira oferta: os módulos relacionados aos ciclos de vida são: saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher gestante e parturiente e do idoso. Outros módulos ministrados foram: endemias e meio ambiente, urgências em atenção primária, metodologia científica e introdução à informática. Uma tabela contendo a equivalência entre as disciplinas originais e os módulos ministrados pode ser encontrada no anexo 03.

A primeira seleção dos candidatos foi conduzida pelo Ministério da Saúde em parceria com as coordenações estaduais do programa<sup>57</sup> e com os Polos-SF, em abril de 2001. Ressalta-se que o objetivo do processo seletivo não era preencher as vagas do curso de especialização, embora o polo dele participasse, e sim selecionar os candidatos para o programa como um todo. Os profissionais aprovados que se integrassem ao programa ganhariam o direito a cursar a especialização e seriam matriculados nas instituições acadêmicas parceiras.

Uma vez que o programa PITS era de âmbito nacional, quaisquer candidatos no país poderiam concorrer às mesmas vagas em quaisquer estados, de acordo com as localidades escolhidas por eles durante a inscrição no processo seletivo. Por esse motivo, a primeira oferta do curso ministrado pela UFMG para o PITS teve, como alunos, profissionais de três estados (Minas Gerais, Santa Catarina e Rio de Janeiro), além do Distrito Federal. Onze equipes de Saúde da Família com profissionais médicos e enfermeiros vinculados ao programa foram distribuídos em nove municípios das regiões norte e nordeste do estado. A pedido do Ministério da Saúde, o curso se iniciou excepcionalmente ao final do semestre, em 18 de junho de 2001,

---

<sup>56</sup> Essa reorganização, comum a todas as iniciativas consideradas reofertas do CESF, será discutida posteriormente.

<sup>57</sup> As coordenações estaduais do PITS eram compostas por membros indicados pelos secretários estaduais de saúde, representantes dos polos, Colegiado de secretários municipais de saúde (COSEMS) e pelas instituições de ensino superior. (Conferir corpo.)

desvinculando-se assim do calendário letivo regular da universidade. As matrículas, devido à excepcionalidade da oferta, foram realizadas apenas no segundo semestre daquele ano<sup>58</sup>.

A primeira turma do PITS concluiu o curso em julho de 2002. Outras duas novas ofertas foram autorizadas pela Câmara de Pós-Graduação: em 4 de outubro de 2001, foram aprovadas, *ad referendum*, vinte vagas para o PITS 2, sendo dez para médicos e dez para enfermeiros<sup>59</sup>. Essas reofertas incluíram mais cinco municípios em Minas Gerais, e ocorreram devido à boa avaliação do programa pelo estado. As bolsas dos profissionais da primeira turma foram renovadas por mais um ano, e profissionais de outros estados, além dos já mencionados, foram recebidos: a segunda turma era composta também por gente do Paraná, Ceará, Rio Grande do Sul, Pará e São Paulo. As aulas da segunda turma se iniciaram em outubro de 2002 e terminaram em julho de 2004. Apesar do tempo mais longo de curso, o número de encontros presenciais foi menor, para diminuir a necessidade de deslocamento dos profissionais.

A terceira reoferta (PITS 3) foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação em oito de março de 2004, disponibilizando quarenta vagas. Como apenas oito profissionais médicos se inscreveram para o PITS, as outras trinta e duas vagas foram destinadas a médicos e enfermeiros vinculados ao PSF de regiões onde o programa se encontrava implantado em Minas Gerais: Pedra Azul (17 vagas), Teófilo Otoni (seis vagas), Governador Valadares (seis vagas) e Diamantina (três vagas). O processo seletivo para as quarenta vagas ocorreu através da análise de currículos e entrevistas com os candidatos, da mesma forma como havia ocorrido nos PITS 1 e 2. A terceira turma iniciou o curso em maio de 2004, concluindo-o no ano seguinte.

O curso de especialização para o PITS foi acompanhado de perto pelo Ministério da Saúde em todas as instituições participantes. Também eram comuns reuniões e troca de ideias entre os coordenadores de curso:

A gente tinha uma assessoria muito direta: várias vezes [o Ministério] entrava em contato com a coordenação estadual, a coordenação estadual ia no ministério, a coordenação do curso ia no ministério, tivemos várias

---

<sup>58</sup> Voto da Câmara de Pós-Graduação. Matéria: CPG/UFMG/143/01; processo n.º 23072.018193/01-43.

<sup>59</sup> Assim como no PITS 1, outras três vagas foram novamente solicitadas e aprovadas devido ao desligamento precoce de alguns participantes do PITS 2.

reuniões com os coordenadores de curso, com o coordenador estadual, Então assim, havia ligação... (Entrevista n.º 7)

Havia também uma preocupação recorrente com o aluno desse curso, uma vez que a maioria deles nunca havia participado de uma equipe de Saúde da Família. Alguns arranjos acabaram ocorrendo durante a execução do curso para lidar com suas necessidades:

O perfil do pessoal do PITS era um perfil diferente (...), porque esses não eram do PSF, se tornaram, eles entraram para o programa (...), era um pessoal que desconhecia totalmente o modelo (...). A gente tinha noção que estava lidando com um pessoal que tinha muito pouco conhecimento do que eles tinham que fazer lá na ponta, então modificamos, reforçamos os conhecimentos básicos de Saúde da Família, quase um "beabá" (...). Era quase que introduzir mesmo... (Entrevista n.º 7)

Por fim, em um ofício enviado pela coordenação do programa à Pró-Reitoria de Pós-graduação em 2002, encontra-se um balanço sobre o PITS segundo o qual a UFMG, através de sua participação no SUS, reafirmou a sua vocação de prover respostas a demandas da sociedade e a sua sensibilidade política ao aceitar o convite do Ministério da Saúde para participar desse projeto nacional. O documento afirma ainda que o PITS pôde gerar alguma reflexão na universidade acerca de seu papel social na formação de recursos humanos para o PSF:

A experiência acumulada na execução do curso e a troca de experiência com os outros parceiros dos estados que desenvolvem o PITS tem contribuído para a academia (docentes envolvidos) refletir sobre o seu papel social e seu processo de trabalho. A formação de recursos humanos para o PSF tem demandado da universidade uma reflexão sobre os cursos de graduação na área da saúde (Ofício CESF/PITS II/MEMO/01/02).

As duas iniciativas que sucederam cronologicamente ao PITS, o projeto Veredas de Minas e o BH-Vida, tiveram uma diferença significativa em relação às duas anteriores: foram concebidos, pela primeira vez na universidade, para possibilitar a especialização maciça de profissionais, como se verá a seguir.



### **4.3. Especialização maciça no interior do estado: o projeto "Veredas de Minas" (2002 - 2010)**

Em 2000, o Polo-SF/UFMG possuía recursos financeiros que pretendia empregar em novas turmas do curso de especialização. O Ministério da Saúde, entretanto, solicitou naquele momento que os polos se empenhassem em ministrar treinamentos introdutórios às equipes de PSF com esse recurso, prontificando-se a lançar editais específicos para o financiamento de cursos de especialização e também para residências multiprofissionais em Saúde da Família. A UFMG concorreu a ambos e ganhou o direito de realizar as duas iniciativas: do edital da especialização, originou-se o curso ora descrito; do edital da residência, surgiu uma iniciativa que se descreverá posteriormente<sup>60</sup>.

Um grupo de professores que já haviam trabalhado na proposta da primeira oferta do CESF – e que também seriam docentes ou tutores do PITS no ano seguinte – trabalhou na proposta de um curso de especialização em 2001 a ser apresentada ao Ministério da Saúde, paralelamente à execução da primeira turma daquela iniciativa. O número de profissionais a serem capacitados era inédito e significativo: dezessete turmas de quarenta alunos em diferentes cidades de Minas Gerais, perfazendo assim um número total de 680 profissionais. A alocação regional de vagas ocorreu por indicação da SES/MG e se deu da seguinte forma: sete turmas na região metropolitana de Belo Horizonte, duas turmas em Divinópolis, Governador Valadares, Itabira e Sete Lagoas e, por fim, uma turma em Diamantina e Uberlândia. Essa distribuição foi sugerida pela SES e obedeceu ao critério de existência de maior número de profissionais inseridos em equipes de Saúde da Família.

Devido ao objetivo específico dessa iniciativa de especializar profissionais baseados, principalmente, em cidades do interior do estado de Minas Gerais, foi-lhe atribuído o nome "*Veredas de Minas*". Um contrato entre a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP)<sup>61</sup> e o Ministério da Saúde<sup>62</sup> foi assinado, firmando os termos para o repasse de

---

<sup>60</sup> Outras instituições acadêmicas também foram aprovadas nesse edital e abriram turmas em Minas Gerais, como a Universidade federal de Juiz de Fora (UFJF), a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM).

<sup>61</sup> A Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) é uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, reconhecida como fundação de apoio universitário. É, geralmente, responsável pela gerência financeira de recursos captados pela Universidade em projetos como o que é ora apresentado.

recursos, que eram provenientes do projeto REFORSUS – um acordo entre o Ministério e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) de recuperar e modernizar a rede assistencial do SUS. Esse projeto, embora tenha concentrado cerca de 70% de seu investimento total de um bilhão de reais na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, teve um papel importante no financiamento de 31 Polos-SF pelo país: com esse recurso foram licitados 51 cursos de especialização e 26 cursos de residência em Saúde da Família (SANTOS, 2003). O objetivo geral do Veredas – sediado na Escola de Enfermagem, ao contrário das iniciativas anteriores – era realizar a capacitação de profissionais da Atenção básica inseridos no PSF para atuarem na assistência, de acordo com a estratégia da Saúde da Família, visando à consolidação do SUS.

A dispersão geográfica dos alunos, a exemplo do Veredas, fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) tivesse novamente um papel importante no processo. As Diretorias de Apoio à Descentralização da Saúde (DADS), anteriormente conhecidas como Diretorias Regionais de Saúde (DRS), foram as instâncias da SES/MG que acompanharam de perto o processo e apoiaram o processo seletivo.

A proposta do curso foi apresentada sob a forma de reoferta do CESF, tendo sido aprovada por sua comissão coordenadora em 25 de fevereiro de 2002. Entretanto, devido a limitações ao financiamento por conta do fato de aquele ter sido um ano eleitoral, o processo seletivo foi realizado logo a seguir, em 17 de março de 2002, e as aulas das turmas da região metropolitana de Belo Horizonte se iniciaram em maio do mesmo ano, enquanto as demais turmas se iniciaram progressivamente entre os meses de junho e agosto. A reoferta do curso para as 680 vagas foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 29 de agosto de 2002 – ou seja, após o início do processo, com efeito retroativo<sup>63</sup>.

Havia uma pressa, tudo tinha uma data marcada. A gente encaminhou e havia uma previsão do início desse curso em 2000, que foi quando saiu esse edital, mas o Ministério da Saúde mudou, porque essas instituições que mandaram, que pediram para participar do projeto, não foram as mesmas que eles pensavam, o tamanho da concorrência que se esperava... então, isso fez com que o projeto ficasse em silêncio: ele não iniciou em 2000 como

---

<sup>62</sup> Contrato n.º 127/2001, entre o Ministério da Saúde e a FUNDEP, com parceria da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, para repasse de recursos provenientes do projeto REFORSUS. No Ministério, o projeto seria identificado como "*Consultoria para o desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde da Família*" (concorrência internacional 001/2000 - carta convite n.º 25 000-061230/2000-84).

<sup>63</sup> Voto da Câmara de Pós-Graduação da UFMG: matéria n. CPG/UFMG/203/02; processo n. 23072.016197-12

previsto, e a resposta afirmativa de quais instituições assumiriam só veio no final de 2001, e aí com os prazos todos muito curtos, para fazer a seleção, para colocar as turmas em funcionamento, era uma pressa imensa para que tudo isso acontecesse (Entrevista 11).

O curso "Veredas de Minas" marca o início da participação da Faculdade de Odontologia nos processos de especialização em Saúde da Família da UFMG. Embora o projeto inicial tenha contado somente com a participação de docentes da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, e embora o contrato estipulasse a oferta de 680 vagas "prioritariamente a médicos e enfermeiros para suprir necessidades de capacitação para a Saúde da Família da UFMG", articulações posteriores passaram a envolver também a Faculdade de Odontologia, uma vez que os nomes das disciplinas do CESF eram suficientemente genéricos para autorizar a inserção de mais uma categoria profissional. Dessa forma, o curso foi aberto também a cirurgiões-dentistas, ainda que a pouca experiência do grupo com o trabalho do dentista no PSF fizesse com que apenas quarenta vagas fossem destinadas a esses profissionais. Vale lembrar que a odontologia ainda não se encontrava diretamente inserida na Saúde da Família, embora já estivesse presente nos serviços de atenção básica em vários municípios. Mesmo assim, apesar da priorização de médicos e enfermeiros naquele momento, um episódio ocorrido no Veredas demonstra a existência de uma demanda reprimida por especialização entre os dentistas: o surgimento de vagas geradas por desistentes proporcionou a chamada de profissionais excedentes, dos quais a maioria pertenciam a essa categoria profissional. Assim sendo, embora houvesse apenas quarenta vagas destinadas aos dentistas, o número total de profissionais matriculados dessa categoria chegou a 83, segundo o relatório final do projeto.

Por exigência do contrato firmado entre a UFMG e o Ministério da Saúde/BID, o processo seletivo para essa iniciativa, ao contrário das demais, foi realizado através da aplicação de provas (específica e de língua inglesa). Os candidatos deveriam, preferencialmente, estar trabalhando em uma equipe de PSF, ou nela terem trabalhado anteriormente. Também se estimulou a participação de profissionais com experiência acumulada no setor saúde e que pretendiam dedicar-se futuramente à prática da Saúde da Família.

Concluído o processo, verificou-se que nem todas as vagas foram preenchidas em Sete Lagoas e Uberlândia devido à desistência de alguns candidatos. Por esse motivo, foi feita uma segunda seleção apenas para profissionais daquelas cidades. Outros candidatos foram desistindo ao longo do curso, gerando vagas ociosas que acabaram por formar, mediante

decisão dos coordenadores do curso, uma turma de reposição de conteúdos e de frequência com o intuito de impedir que alunos infrequentes nos módulos iniciais fossem excluídos.

A carga horária do curso se manteve igual à das iniciativas anteriores: 570 horas totais, divididas em períodos de concentração intraclasse (360 horas) e atividades de campo (210 horas divididas em dez períodos de dispersão, que ocorrem desde o primeiro mês do curso). Entretanto, assim como as iniciativas anteriores, também o Veredas – embora tivesse oficialmente a mesma grade curricular do CESF por se tratar de uma reoferta do mesmo – readequou os conteúdos a serem ministrados em novos módulos, com algumas diferenças em relação às readequações anteriores. Segundo justificativa apresentada no projeto original, tal readequação poderia ser feita, uma vez que "os nomes genéricos das disciplinas originais e respectivas ementas comportam a adequação proposta, que vem de encontro às necessidades do país". Os módulos ministrados nesse curso foram: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, Vigilância à Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde e Oficinas Temáticas – este último destinado a ministrar temas diversos, de acordo com o interesse e necessidades dos alunos. As diferenças em relação à primeira oferta do CESF ficam por conta da substituição da disciplina Gerenciamento do Cuidado em Saúde, com carga horária de 72 horas, pelas de Vigilância e Planejamento e Gestão, com carga horária de 135 horas. O PITS, por sua vez, havia acrescentado mais disciplinas além daquelas relacionadas ao ciclo de vida, como um módulo introdutório sobre políticas de saúde (80 horas), outro sobre urgências na Atenção Primária (40 horas), um terceiro sobre endemias e meio-ambiente (31 horas) e um quarto, de introdução à informática (8 horas). A grade curricular adaptada, usada pelo Veredas, pode ser encontrada no anexo 04 deste trabalho.

É interessante notar, comparando as três iniciativas apresentadas até o momento, a existência de uma diferença significativa de carga horária entre módulos semelhantes. Um exemplo: enquanto no PITS a disciplina Saúde da Mulher Gestante e Parturiente era ministrada em 40 horas, no Veredas, o Módulo Saúde da Mulher possuía carga horária de 105 horas, enquanto na primeira oferta do CESF essa carga era de 72 horas. Essa diferença se repete em maior ou menor grau em outros módulos equivalentes nas três iniciativas.

Outras modificações importantes se referem à ampliação do corpo docente em relação ao curso original, com a inclusão de 29 professores de vários departamentos da Escola de Enfermagem e das Faculdades de Medicina e Odontologia, assim como alguns profissionais

externos. Cada turma passou a contar com coordenadores técnico-pedagógicos, responsáveis pelo seu desenvolvimento dos pontos de vista operacional e pedagógico. As turmas eram também conduzidas por coordenadores de turma – professores do curso que assumiam a interlocução com os gestores locais. Além disso, o curso foi considerado um "curso presencial com apoio virtual", uma vez que pretendeu usar a Internet para disponibilização de conteúdo e para agilizar a comunicação entre as pessoas envolvidas no curso.

A primeira oferta do Veredas – para as 680 vagas iniciais – terminou em julho de 2004, com a entrega da maioria dos Trabalhos de Conclusão de curso. Formaram-se 643 alunos (94,56% do total). Um segundo pedido de oferta foi encaminhado, pela coordenação do Veredas, em 14 de outubro de 2004, tendo sido aprovado *ad referendum* pela Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 04 de janeiro de 2005. Essa solicitação deveu-se a um pedido específico da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que solicitara a especialização de uma turma específica de profissionais das regionais do estado, e foi executada em Belo Horizonte com recursos restantes do convênio fechado para a realização da oferta anterior. De acordo com o plano inicial, a SES/MG contribuiria de forma indireta com o financiamento, arcando com as despesas de deslocamento dos profissionais envolvidos, o que acabou não ocorrendo por desistência da instituição: apesar da aprovação das vagas, problemas posteriores de relacionamento com a secretaria acabaram por comprometer o seu preenchimento, uma vez que os profissionais que deveriam fazer o curso não foram liberados para isso. Assim sendo, somente 28 vagas foram preenchidas. Por decisão da coordenação do curso, concorreram a ela, através de processo seletivo (currículo e entrevista) apenas coordenadores municipais de Atenção Básica, de municípios nos quais estavam presentes programas de internato rural provenientes de qualquer curso da UFMG. Essa oferta, iniciada no começo de 2005, foi concluída por 24 alunos (85,71%) ao final de 2006.

O Veredas foi responsável ainda por mais duas ofertas: a terceira, para duas turmas especificamente nos municípios de Teófilo Otoni e Pedra Azul, totalizou 80 vagas e foi viabilizada a partir de um novo convênio, assinado entre a UFMG e o Ministério da Saúde (mediante acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a cultura – UNESCO que, na época, gerenciava recursos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE), com gerência financeira da FUNDEP. Essa terceira oferta foi aprovada na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 11 de novembro de 2005, iniciando-se em fevereiro de 2006 e se estendendo até o final de 2008.

A quarta e última reoferta do Veredas foi aprovada na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 23 de julho de 2008, visando à realização do curso de especialização para uma turma única com quarenta vagas no município de Ouro Preto. Ao contrário das ofertas anteriores, essa foi realizada como resposta a demanda daquele município, para a qual foi firmado convênio entre a UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, com a interveniência da FUNDEP. Inicialmente, o município financiaria todos os seus profissionais. Entretanto, devido à demora na tramitação do projeto pela controladoria pública, apenas profissionais efetivos do município puderam ter o seu curso pago pelo município. Por esse motivo, vários profissionais contratados, não efetivos, custearam as próprias despesas. Esse curso se iniciou em agosto de 2008, com previsão de término ao final de 2010.

#### **4.4. A vez das grandes cidades: o projeto BH-Vida (2002 - 2010)**

Ao mesmo tempo em que se iniciava, na Escola de Enfermagem, o projeto Veredas, outra iniciativa de grande porte teve início na Faculdade de Medicina: o projeto conhecido como BH-Vida, capitaneado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON). Ao contrário do PITS e do Veredas, o BH-Vida não surgiu para atender a um edital do Ministério da Saúde: a sua missão era apoiar o processo de implantação maciça de equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. Esse município, que até o ano 2000 não tinha nenhuma equipe de PSF, resolveu iniciar essa estratégia implantando 555 equipes de uma só vez – projeto conhecido como "BH-Vida", do qual o curso herdou o nome. Por esse motivo, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) procurou a UFMG no começo de 2001, através do NESCON, para solicitar-lhe uma proposta ousada: a especialização de cerca de mil profissionais médicos e enfermeiros, que começavam, naquele momento, as suas atividades.

Assim como o PITS foi uma resposta à preocupação ministerial em levar o PSF a pequenos municípios localizados em áreas remotas, a massificação da Saúde da Família em uma cidade como Belo Horizonte procurava responder ao problema oposto: a sua baixa inserção também em cidades de grande porte. Naquela mesma época já começava a ser concebido o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – que, como discutido no marco

teórico deste trabalho, visou a consolidar essa estratégia, sobretudo em municípios com mais de 100 mil habitantes.

O curso do BH-Vida foi solicitado por dois motivos diferentes: o primeiro era possibilitar a estratégia conhecida como "*conversão laboral*" – ou seja, treinar profissionais que atuavam antes em uma área específica para que passassem a atuar em outra. Essa estratégia era importante para a SMSA/BH devido ao fato de a implantação da Saúde da Família ter ocorrido de forma rápida e maciça, sem que houvesse tempo ou recursos para a contratação de novos profissionais. Por esse motivo, pretendeu-se capacitar principalmente médicos pediatras, ginecologistas e clínicos que já atuavam na Atenção Básica, fora do PSF, para que pudessem atuar no novo modelo:

Em qualquer processo, a capacitação da força de trabalho é importante, mas no caso do BH-Vida, ela era estratégica, porque você estava aproveitando profissionais que já tinham uma especialidade. Então, você tinha pediatras com vinte anos de atividade na Pediatria e ele assumir (...) uma Equipe de Saúde da Família era uma coisa complexa. Não era muito fácil. Então, a capacitação aí tinha uma importância estratégica... (Entrevista n.º 3).

O segundo motivo foi o de valorizar e sensibilizar os profissionais da rede acerca da construção da Saúde da Família e de sua importância, uma vez que havia resistência, por parte de muitos deles, à sua implantação em Belo Horizonte. Além disso, mais do que uma peça estratégica para vencer a resistência, o curso foi também um atendimento à reivindicação de profissionais da rede municipal que se encontravam em greve um pouco antes da solicitação do curso à UFMG, o que lhe valeu também um papel minimizador dos conflitos então estabelecidos. Havia, por fim, o receio de que a conversão à Saúde da Família não tivesse muitas adesões por ser ela ainda considerada, especialmente entre os médicos, uma atividade marginal, pouco valorizada pelos pares. A titulação dos profissionais na área por uma universidade reconhecida poderia ajudar a mudar essa visão.

A partir da decisão da UFMG em aceitar a proposta, uma articulação complexa começou a ser estabelecida pelo NESCON em duas frentes: a primeira consistia em convencer os departamentos de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia da UFMG a apoiarem a empreitada, cedendo docentes que pudessem participar como professores e autores de conteúdo didático para a especialização em uma área ainda pouco compreendida fora da saúde pública. Também os departamentos de Enfermagem Básica, Enfermagem Aplicada e Saúde

Materno-Infantil e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem – já envolvidos significativamente nas iniciativas anteriores – foram procurados. A segunda frente consistia em articular, nas instâncias administrativas e na Câmara de Pós-Graduação da UFMG, a proposta de uma pós-graduação *lato sensu* para cerca de mil pessoas em um prazo de quatro anos – número ainda inédito na universidade, apesar do grande volume de profissionais especializados pelo projeto Veredas (680 médicos, dentistas e enfermeiros).

Um número grande de docentes se incorporou ao curso: segundo projeto de reoferta analisado, 90 professores da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, além de cinco professores da Faculdade de Odontologia, foram incluídos ao corpo docente do CESF, que passou a contar, então, com 112 profissionais. Vários deles passaram a se encontrar regularmente com a coordenação do curso e com representantes da SMSA/BH, a fim de conceberem a grade curricular do curso e diretrizes gerais para o material didático que seria produzido. Dessa forma, o BH-Vida se tornou a primeira das iniciativas de especialização em Saúde da Família a produzir material próprio. A OPAS teve uma participação nas discussões iniciais sobre a estratégia pedagógica a ser utilizada e a produção do conteúdo, bem como sobre sua disponibilização na Internet – ação que será mencionada adiante.

Ao solicitar a especialização em Saúde da Família para seus profissionais, a SMSA/BH já havia realizado uma pesquisa entre eles para identificar os principais temas que deveriam compor o rol de conteúdos das disciplinas do curso, e ela se fez representar em diversas reuniões preparatórias para contribuir em sua concepção. Sua participação ocorria tanto em reuniões gerais, na qual era representada por pessoas ligadas à coordenação municipal do PSF, quanto em reuniões específicas para discussão de conteúdos, quando então era representada por membros de coordenações técnicas de áreas temáticas afins à discussão.

A coordenação do futuro curso resolveu tramitar a proposta como um projeto de reoferta do CESF, mantendo a estrutura curricular tal como aprovada em 1999, mas apresentando, por motivos que serão discutidos adiante, uma equivalência dos conteúdos propostos às disciplinas oficiais<sup>64</sup>. Tendo sido o BH-Vida a última iniciativa a utilizar-se dessa grade oficialmente, como uma reoferta do CESF, constata-se que em nenhuma delas – nem mesmo na primeira turma de 1999 – a grade original foi de fato usada tal como concebida. Os

---

<sup>64</sup> Parecer da Assessoria Acadêmica da UFMG, de 23 de agosto de 2002.



módulos ministrados no BH-Vida, bem como sua respectiva equivalência às disciplinas oficiais, estão no anexo 05 deste trabalho.

A primeira proposta desenhada para o curso previa uma unidade obrigatória inicial, comum a todos os alunos, que totalizaria 120 horas de aulas presenciais e seria dividida em disciplinas que abordariam questões ligadas ao processo de construção e consolidação do SUS e do modelo assistencial pretendido com a adoção da Saúde da Família, trabalho em equipe e planejamento em saúde e, por fim, o uso da informação nas ações de Atenção Primária à Saúde.

Uma segunda unidade, também perfazendo 120 horas, seria composta por oficinas temáticas ou estágios específicos sobre vários campos do conhecimento nas áreas de saúde individual e coletiva, cada uma com carga horária de 12 horas, o que garantiria ao aluno flexibilidade para compor a sua própria grade curricular a partir de suas necessidades. De trinta oficinas e estágios, o aluno deveria escolher dez, levando em conta o seu perfil profissional, suas necessidades de capacitação e a discussão sobre o assunto com seu respectivo tutor.

As últimas 120 horas seriam divididas em um módulo de capacitação complementar de 40 horas, atividades de tutoria e elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC). Segundo a concepção original, cada duas turmas de trinta alunos seria acompanhada por uma equipe de tutores composta por um médico clínico, um pediatra, um ginecologista, um sanitarista e dois enfermeiros. Esses profissionais seriam responsáveis por acompanhar o aluno ao longo do curso, ajudando-o a escolher os temas do segundo módulo, descrito acima, e acompanhar o seu desempenho e suas dificuldades do começo ao fim do curso. Apesar de o curso ser presencial, várias ferramentas de apoio deveriam estar disponíveis na Internet para os alunos, incluindo-se aí todo o material didático produzido. Outros recursos midiáticos estavam previstos no projeto original, como conferências e acesso a biblioteca virtual pela Internet, vídeos e consultas a especialistas.

A primeira oferta foi aprovada *ad referendum* na Câmara de Pós-Graduação em quatro de outubro de 2002 – quando o curso já se encontrava em andamento – para 900 vagas a se distribuírem da seguinte forma: uma turma de 250 alunos no primeiro semestre de 2002, outra também com 250 alunos no terceiro trimestre do mesmo ano, uma terceira com 200 alunos no quarto trimestre, e uma última, com 200 vagas, no primeiro semestre de 2001.

O curso aprovado e ofertado para a primeira dessas turmas, em 2002, já estava muito diferente da concepção original, de 2001: Apenas a primeira unidade se manteve tal como concebida. A segunda unidade acabou inviabilizada pela dificuldade logística e operacional de se ofertarem um número extenso de oficinas e conteúdos simultâneos no formato presencial, uma vez que os professores deveriam ser igualmente remunerados em todos, ainda que frequentados por apenas um ou dois alunos. Por esse motivo, essa unidade foi simplificada e condensada em quatro disciplinas: saúde da criança, da mulher, do adulto e tópicos especiais – esta última composta por temas de interesse geral.

Depois nós vimos que era muito difícil a formalização dessa maneira, do ponto de vista da universidade, significava que você podia ter turmas muito pequenas e outras turmas muito grandes, e a gente não teria como fazer uma coisa tão revolucionária para aquela época e ainda continua sendo (risos)... (Entrevista n.º 2).

Os profissionais médicos, em vez de se matricularem nas três primeiras disciplinas, poderiam escolher uma para não ser cursada. O raciocínio por trás dessa decisão estava baseado no fato de vários médicos da rede municipal já serem pediatras, ginecologistas ou clínicos gerais. Dessa forma, eles poderiam aproveitar a sua carga horária teórica com conteúdos que ainda não dominassem. Apesar disso, a partir da segunda turma, os profissionais médicos pediram que se abrisse a possibilidade de se matricularem em todos os módulos, como já era para os enfermeiros, uma vez que, mesmo sendo especialistas em determinadas áreas, sentiram necessidade de se atualizarem e adaptarem o seu conhecimento ao cotidiano da Saúde da Família. Ao contrário das iniciativas anteriores de especialização em Saúde da Família na UFMG, as três primeiras disciplinas seriam ministradas separadamente para profissionais médicos e dentistas – desenho esse justificado pelo fato de essas disciplinas serem predominantemente clínicas, o que respeitaria as necessidades de aprendizagem segundo as especificidades de ambas as profissões.

O módulo de tutoria e capacitação complementar acabou sendo substituído pela elaboração orientada do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O apoio na Internet, por sua vez, limitou-se à disponibilização do material didático em hipertexto, dos cronogramas das disciplinas e de avisos de secretaria. Posteriormente, o material didático foi também impresso em apostilas a pedido da SMSA/BH, que bancou os gastos com a impressão.

As turmas que compunham a primeira oferta sofreram atrasos em sua implementação: a primeira turma, chamada "Alpha", iniciou o curso no segundo semestre de 2002. A segunda turma, "Beta", entrou no curso seis meses depois, no primeiro semestre de 2003. A turma "Gama" iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2004, e a última turma, "Delta", no segundo semestre de 2005. Esta última turma foi reforçada por um segundo pedido de reoferta aprovado pela Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 27 de outubro de 2005, já após o início das aulas: mais 80 vagas foram pedidas devido à criação de mais 40 equipes de PSF em Belo Horizonte. O número total de profissionais a serem formados passou, assim, a 980 – dos quais 776 (79,1%) concluíram o curso de fato.

É importante ressaltar, aqui, que uma disciplina da primeira unidade (Trabalho em equipe), de 60 horas, era também um curso de capacitação para toda a equipe de PSF: agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e alguns gerentes de unidades também participaram e foram certificados pelo Centro de Extensão da Faculdade de Medicina da UFMG. Dessa forma, embora fosse formalmente um curso de especialização, o BH-Vida também capacitou outros 3.502 profissionais durante a vigência das duas ofertas em Belo Horizonte, valendo-se de uma logística complexa: devido ao número de participantes, em cada sala de aula cabiam apenas quatro equipes. Como cada turma se iniciava com cerca de 250 profissionais, cada sala comportava apenas oito alunos realmente vinculados à especialização, o que fez com que o número de salas exigido fosse alto. Por esse motivo, espaços alternativos foram usados, como espaços alugados ou pertencentes à SMSA/BH.

O curso BH-Vida, apesar do nome, não se limitou às ofertas demandadas pelos municípios de Belo Horizonte: foram também aprovados, seguindo a mesma concepção dessa iniciativa, dois pedidos de reoferta para os municípios de Ipatinga e Contagem – ambos com mais de 200 mil habitantes. Também as secretarias municipais de saúde dessas cidades solicitaram diretamente à UFMG o curso de especialização, assinando um contrato direto com a FUNDEP para o seu financiamento. Assim como Belo Horizonte, ambos os municípios receberam recursos do Ministério da Saúde para financiar esses cursos de especialização, e por isso ele pode ser considerado um financiador indireto de todas as reofertas do BH-Vida.

A reoferta para Ipatinga (60 vagas) foi aprovada *ad referendum* na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 18 de agosto de 2004. Apesar disso, apenas 47 profissionais iniciaram efetivamente o curso, e apenas 28 o concluíram (59,57% dos profissionais que o iniciaram, ou

46,6% do número de vagas disponibilizado). A baixa conclusão dos alunos de Ipatinga está relacionada a alguns fatores pontuais, como atrasos no cronograma e mesmo a paralisação do curso por cerca de um ano, por decisão do município – tempo durante o qual vários alunos se desligaram da Secretaria Municipal de Saúde. Alguns problemas enfrentados naquele município encontram-se presentes na fala seguinte:

É uma negociação grande e, às vezes, no momento que você vai oferecer o curso – e isso aconteceu em Ipatinga – quando você vai começar o curso, a Secretaria Municipal de Saúde fala que não tem condições de liberar os profissionais, porque ela está no meio de um surto de Dengue, é impossível liberar os profissionais para participar do curso, porque ela tem uma situação de urgência de saúde no município (...). Então, você tem uma dificuldade, inclusive, na relação com os profissionais do curso, porque você vai ter que chegar para eles e dizer: “Olha, o módulo está cancelado, então aquela agenda que nós fizemos agora não existe mais”. Então tem uma insatisfação muito grande, porque as pessoas trocaram plantões, refizeram a sua agenda, consultório (...). A partir do momento que ela fala que dá para liberar, você começa toda a negociação novamente com os profissionais de saúde para ofertar o módulo. Então, nisso você perde, às vezes, seis meses em um módulo que dura um mês. Isso compromete o cronograma que é pactuado com a Universidade... (Entrevista n.º 03)

A reoferta para Contagem, com previsão de 210 vagas, foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação em 12 de abril de 2007. Devido a mudanças na gestão municipal da saúde, apenas 74 profissionais iniciaram o curso no segundo semestre de 2008. Desses, um aluno solicitou desligamento, e os outros 73 se encontravam em fase final de conclusão ao final do presente estudo. Essa turma terá sido a última a se formar pela concepção "BH-Vida" – que foi substituída pelo Programa Ágora, descrito adiante.

O BH-Vida, por ter sido a primeira das sete iniciativas a ser executada por demanda direta de municípios, expôs alguns problemas relativos à interferência do poder público na execução dos cursos, como descrito na reoferta específica para Ipatinga. Essa questão traz inseguranças na relação da universidade com esses demandantes, uma vez que não há, por exemplo, garantias totais de apoio à continuidade do curso após uma mudança no governo. Tendo em vista que a última Política Nacional de Educação Permanente, lançada em agosto de 2007, preconiza a sua descentralização, esse problema se torna um obstáculo à sua implantação efetiva.

#### **4.5. Residência multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (2003)**

A criação de uma residência multiprofissional em Saúde da Família na UFMG significou uma ruptura com as articulações e iniciativas até então estabelecidas. Ao final de 2001, dois editais haviam sido lançados pelo Ministério da Saúde: um para a criação de cursos de especialização – do qual nasceu o curso Veredas, conforme descrito anteriormente – e outro para a formação de residências multiprofissionais em Saúde da Família.

Embora a criação de uma residência estivesse explicitada no projeto do Polo-SF/UFMG, ao se lançar o edital para a sua criação, seus membros avaliaram que ainda não havia chegado o momento de iniciá-la na UFMG:

Nós tínhamos definido que não proporíamos residência. Discutimos e achávamos que não era o momento. Ainda não tínhamos acúmulos para um processo de residência, ainda estava muito confuso quem ia titular, como que seria a relação dessa residência com a residência existente hoje, médica. Sabíamos (...) que a comissão nacional de residência não estava bancando essa proposta, que a sociedade mineira tinha discussões em relação a isso, então nós tínhamos definido que a esse edital nós não responderíamos (Entrevista n.º 8).

Entretanto, um professor da UFMG que não tinha contato com o polo, ao tomar contato com o edital, resolveu apresentar um projeto.

Aí um professor daqui (...) lê o edital e diz: vou apresentar um projeto! É legítimo, não tinha ninguém que era dono daquele processo (...). Qualquer um podia apresentar uma proposta... (Entrevista n.º 8).

Embora qualquer docente de uma universidade federal pudesse propor um projeto em resposta ao edital, este exigia que houvesse uma articulação prévia com as faculdades de medicina e enfermagem em cada uma delas. Apesar de conhecer a visão do polo sobre a residência naquele momento, a Escola de Enfermagem atendeu a um pedido da Faculdade de Medicina, e ambas acabaram por indicar representantes que já participavam do polo. Assim sendo, embora o polo não tenha feito se representar institucionalmente nas discussões relativas à residência multiprofissional, delas participaram algumas pessoas vinculadas àquela instância.

Foram feitas também articulações com a rede municipal de Belo Horizonte para que os residentes ocupassem esse cenário de prática. Ao mesmo tempo, foram realizados acordos para que hospitais da rede FHEMIG<sup>65</sup> fossem também utilizados. Dessa forma, o cenário hospitalar da residência contaria, além do Hospital das Clínicas da UFMG, com os seguintes hospitais: Alberto Cavalcante, Centro Geral de Pediatria, Maternidade Odete Valadares e Hospital Galba Veloso. Os residentes também teriam acesso às bibliotecas do Campus da Saúde da UFMG e dos hospitais conveniados.

Embora a nova iniciativa fosse uma residência multiprofissional, ela não poderia ser institucionalizada na UFMG nessa modalidade, uma vez que as residências multiprofissionais ainda não estavam completamente regularizadas em 2003<sup>66</sup>. Por esse motivo, ela foi institucionalizada na universidade como um novo curso de especialização, ao contrário das demais iniciativas – até então oficialmente reofertas do CESH. O seu nome oficial passou a ser *Curso de Especialização em Saúde da Família: Residência Multiprofissional*. A sua carga horária consistia em cerca de sete mil horas totais de atividades – cerca de vinte vezes a carga horária presencial mínima exigida de um curso de especialização. Em sua grade curricular, estavam previstos vários seminários de saúde coletiva, uma disciplina de metodologia científica, estágios curriculares em unidades de PSF e, por fim, estágios na rede hospitalar em saúde da criança e do adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, saúde mental e cirurgia na atenção básica. Enquanto os seminários e a disciplina de metodologia científica eram totalmente teóricos, com uma carga horária de 60 horas cada um, os estágios possuíam uma carga horária total de 510 horas cada um, divididas em 75 horas de atividades teóricas e 435 horas de atividades práticas. A grade curricular original dessa iniciativa está no anexo 06 deste trabalho.

A primeira oferta desse curso de especialização em formato de residência ocorreu no início de 2003, quando foram preenchidas vinte vagas: dez para médicos e dez para enfermeiros. Uma segunda oferta ocorreu em 2004, com o mesmo número de vagas. Em 2005, por motivos que estão explicados abaixo, houve uma divisão: criou-se a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Hospital das Clínicas, exclusiva para médicos, com uma oferta de dez vagas.

---

<sup>65</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

<sup>66</sup> Naquele momento, apenas residências médicas poderiam ser reconhecidas como tal, uma vez que a residência multiprofissional só seria criada em 2005, e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, em 2007.

O curso de especialização, assim sendo, passou a ofertá-las apenas para enfermeiros (dez vagas naquele ano).

Durante o terceiro ano de existência da residência, uma crise financeira e institucional se instalou, ameaçando a sua continuidade: embora dispusesse dos recursos financeiros necessários, o Ministério da Saúde começou a enfrentar dificuldades em repassá-los à UFMG para a sua manutenção, uma vez que, por um lado, o programa estava institucionalizado como curso de especialização – e não como uma residência formal, o que levantava questionamentos – e, por outro, havia um impasse nacional acerca da aceitação de programas de residência fora da área médica.

Eles [Ministério] começaram o financiamento de uma proposta e depois não encontraram respaldos institucionais e legais para manter esse financiamento, porque eles não tinham como justificar essa divergência de carga horária das titulações. A Comissão Nacional de Residência Médica não incorporava de jeito nenhum a possibilidade de outros profissionais, então existia uma resistência enorme, uma luta enorme de reconhecer a multiprofissional e o Ministério então ficou muito amarrado na possibilidade de financiamento (Entrevista n.º 10).

É preciso ressaltar que, por definição, a participação em um programa de residência é remunerada através de bolsas, e que a sua carga horária inviabiliza o exercício concomitante de um emprego. Por esse motivo, problemas de financiamento são mais graves em residências do que em cursos de especialização – que podem apenas paralisar as atividades, enquanto os alunos esperam a sua retomada. Assim sendo, a falta das bolsas – apesar da garantia institucional de seu pagamento, prevista no edital de seleção – fez com que quatro novos residentes abandonassem o programa em abril de 2006 e o denunciassem às comissões nacional e estadual de residência médica. Estas passaram a questionar o credenciamento do programa, o que agravou a crise institucional dentro da universidade.

Em maio de 2006, a coordenação do programa foi assumida provisoriamente pela chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina (DMPS) – instância formalmente responsável pelo curso de especialização – com o objetivo de garantir a reestruturação da residência. A saída encontrada naquele momento foi, como já fora mencionado, a separação dos componentes médico e multiprofissional do programa: uma vez que a institucionalização da primeira era possível sob a forma direta de residência médica, optou-se por esse caminho, tendo assim esse componente se desvinculado do curso de

especialização para ser assumido pela Comissão de Residência Médica do HC (COREME/HC). Várias medidas foram tomadas a partir de então, entre as quais a reorganização imediata do programa teórico, do campo de estágio e da preceptorial, assim como a celebração de convênio com o município de Brumadinho para a realização de estágio na Atenção Básica. Em janeiro de 2007, foi também firmado um novo convênio com o município de Belo Horizonte, e outro com o município de Tiradentes – substituído mais tarde pelo município de Ouro Branco. Essas cidades passaram também a financiar o programa, o que permitiu a sua recuperação financeira e o pagamento de bolsas atrasadas dos residentes. Posteriormente, também o município de Vespasiano foi incluído.

Além disso, procedeu-se com a vistoria e o credenciamento da residência médica, na especialidade de Residência de Medicina de Família e Comunidade, pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM/MG) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), bem como a obtenção de bolsas do Ministério da Educação para todos os residentes do primeiro ano, a partir de fevereiro de 2007<sup>67</sup>. O Hospital Estadual Risoleta Tolentino Neves, que havia ganhado a condição de hospital universitário da UFMG, passou a ser o novo campo de estágio hospitalar. Várias diligências, como as da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, da Procuradoria Jurídica da Universidade, da FUNDEP e do Departamento de Pesquisa e Ensino do Hospital das Clínicas (DEPE/HC), foram solucionadas, o que contribuiu para atenuar a crise institucional instalada.

Por fim, os alunos de enfermagem tiveram os seus créditos integralizados no âmbito do curso de especialização e, uma vez que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional havia sido regulamentada, um novo convênio entre a UFMG e o Ministério da Saúde foi celebrado para a realização de duas residências: uma médica, em Medicina de Família e Comunidade, e outra multiprofissional, em Saúde da Família – incluindo, dessa vez, cirurgiões dentistas. Esse novo acordo, tramitado em conjunto pelas Faculdades de Medicina e Odontologia e pela Escola de Enfermagem, e aprovado nas respectivas congregações, não foi aprovado pelo Hospital das Clínicas devido a resistências em relação a uma residência de caráter

---

<sup>67</sup> Os municípios ficaram responsáveis, inicialmente, pelo pagamento dos preceptores e das bolsas dos residentes. Quando a residência passou a receber bolsas do Ministério da Educação, os municípios passaram a arcar apenas com o pagamento dos preceptores.



multiprofissional, então recém-autorizada<sup>68</sup>. Após um ano de tentativas visando à sua aprovação naquela unidade, as demais desistiram da proposta e devolveram o recurso destinado ao componente multiprofissional ao Ministério da Saúde. Dessa forma, a *residência multiprofissional em Saúde da Família* se converteu, definitivamente, em uma *residência médica de Medicina de Família e Comunidade* – deixando também de ser um curso de especialização.

Embora consolidada, a residência perdeu algumas vagas nos últimos anos, uma vez que a Comissão Nacional de Residência Médica determina que vagas não preenchidas em dois anos subsequentes sejam cortadas. Dessa forma, em 2010 havia apenas seis vagas, e seus detentores se revezavam entre Belo Horizonte, Brumadinho e Vespasiano, contabilizando 60 horas de atividades semanais e 5.760 horas ao todo.

A reestruturação pedagógica e financeira do programa levou a uma maior participação dos municípios no projeto, bem como a um aumento significativo da carga horária na Atenção Básica, que passou a responder por aproximadamente 80% das atividades da residência. O residente assumia, dessa forma, um vínculo real com a rede de atenção básica e, conseqüentemente, um compromisso com o cuidado em saúde de determinado território no município de sua prática naquele momento, e sua preceptoría é desenvolvida cotidianamente pelo médico da equipe, numa proporção de dois ou três residentes por preceptor. Além disso, o convênio com as secretarias de saúde municipais, além de dar um novo fôlego ao projeto, contribuiu para consolidação institucional da residência– tanto pela resolução dos problemas vivenciados anteriormente como pelo respeito à concepção original de uma formação em Saúde da Família geral e integrada, como se vê na fala seguinte:

Você não forma médico da Atenção Básica dentro do hospital para ele aprender um tanto de coisa e depois aplicar na atenção básica. Não! Você forma esse profissional na atenção básica, já entendida como um corpo, com identidade, com especificidade e com conhecimento, e não como uma colcha de retalho das várias especialidades que foram aprendidas no hospital. Essa premissa foi inteiramente acatada e ela dava conta de resolver para a gente as demais questões que a crise trazia... (Entrevista n.º 10)

---

<sup>68</sup> Posteriormente, um programa de residência multiprofissional passou a funcionar no HC, embora não haja uma área de concentração específica para a Saúde da Família (Saúde do Idoso e Atenção Cardiovascular eram as duas únicas áreas ofertadas em 2010). Fonte: <http://www.hc.ufmg.br/residenciamultiprofissional/>

A Residência Médica costuma ser considerada o "padrão-ouro" da formação especializada, e a concepção acima descrita mostra a sua importância para a formação da própria identidade profissional e do campo de conhecimento vinculado à Medicina de Família e Comunidade. Entretanto, apesar de o Ministério da Saúde também investir nesse tipo de formação, ele deixou clara a sua prioridade por cursos de especialização devido à impossibilidade de se expandir a residência até o alcance do número de vagas necessário para a formação maciça da força de trabalho da Saúde da Família. A iniciativa discutida a seguir visou a formular uma resposta à preocupação específica do Ministério em se universalizar a especialização naquela estratégia.

#### **4.6. Educação a Distância e especialização em larga escala: o Programa Ágora (2008)**

A concepção e execução do BH-Vida pelo NESCON/UFMG, conforme mencionado anteriormente, previa uma concepção mais arrojada do que a efetivamente implantada. Embora aquele curso – oficialmente uma reoferta do CESF – fosse presencial, preconizava-se o uso de algumas tecnologias de Educação a Distância (EaD) como forma de apoio complementar aos profissionais, que acabaram por se mostrar limitadas, ou mesmo ignoradas. Apesar de a comissão coordenadora do BH-VIDA não possuir um acúmulo prévio sobre essa modalidade educacional, havia um desejo de se superarem as frustrações trazidas pelas limitações logísticas de um curso presencial para cerca de mil alunos através do investimento em EaD. A experiência de realização do curso em Ipatinga – ofertado naquela cidade e, por isso, demandante de uma logística mais complexa para seu funcionamento – contribuiu para fomentar essa ideia, especialmente devido às frequentes paralisações e evasão de profissionais. Um curso a distância poderia, assim, diminuir custos e problemas de agenda de docentes, que muitas vezes precisavam desmarcar e remarcar a ida àquela cidade. Além disso, por não ser realizado durante o tempo de trabalho, um curso nesse formato não precisaria ser paralisado em caso de urgências por epidemias ou outros problemas nem precisaria ser abandonado caso o aluno mudasse de cidade.

Ainda em 2002 – ano de início do Veredas e do BH-Vida, as duas primeiras iniciativas de especialização em Saúde da Família na UFMG com um número de alunos acima de cem – a comissão coordenadora do último iniciou uma articulação com coordenadores de especializações em Saúde da Família da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e

da Universidade Federal do Piauí (UFPI) para a elaboração de um projeto a ser levado ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), visando à obtenção de financiamento para a disponibilização *online* de conteúdos de Saúde da Família a serem compartilhados por aquelas universidades. Esse movimento, contudo, não prosperou.

Em 2005, parte da equipe estabeleceu contato com a então coordenadora da Cátedra de Educação a Distância da Faculdade de Educação da UFMG (FAE/UFMG), e um novo projeto – dessa vez visando à concepção de um curso de especialização à distância em Saúde da Família – começou a ser elaborado por esse grupo. Outros quatro acontecimentos ocorridos naquele mesmo ano tornaram mais viável a sua futura operacionalização: o primeiro foi uma manifestação do Ministério da Saúde estimulando a adoção de tecnologias de EaD pelas universidades federais para a especialização maciça de profissionais – expressa, sobretudo, pelo apoio à recém-criada Rede Multicêntrica de Apoio à especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades (Rede MAES), e pela organização, pelo próprio Ministério, de uma oficina em Belo Horizonte para o seu lançamento. Conforme explicitado anteriormente, havia nesse momento uma especial preocupação em relação à expansão da Saúde da Família e à qualificação de profissionais nas grandes cidades, e a EaD passou a ser vista como uma possível alternativa para a sua especialização. O segundo acontecimento foi a edição do decreto n.º 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que regulamentou a Educação a Distância no Brasil e forneceu as bases e a segurança necessárias a esse tipo de empreitada<sup>69</sup>. O terceiro, a retomada das negociações entre o NESCON e o BNDES, incentivada pelas novas perspectivas. O quarto, a criação do sistema *Universidade Aberta do Brasil* (UAB) e o lançamento do seu primeiro edital.

Essa iniciativa foi instituída oficialmente por decreto em junho de 2006, no qual foi definida como um sistema voltado para o desenvolvimento da modalidade de educação a distância, com a finalidade de "*expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no país*" (BRASIL, 2008a). O seu papel é articular instituições públicas de ensino superior, credenciadas para o ensino a distância, e *polos de apoio presencial*, que são unidades operacionais "*para o desenvolvimento descentralizado de atividades pedagógicas e administrativas relativas aos cursos e programas ofertados a distância pelas instituições públicas de ensino superior*".

---

<sup>69</sup> Esse decreto regulamenta, mais especificamente, o artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que trata da Educação a Distância.

Embora voltado mais especificamente para cursos de graduação, esse sistema também permitia a inscrição de cursos de pós-graduação. Em 2005 e 2006, o MEC lançou editais, aos quais universidades estatais credenciadas para a oferta de cursos a distância poderiam responder apresentando projetos de cursos de graduação ou pós-graduação nessa modalidade, que seriam apreciados e aprovados (ou reprovados). Municípios com deficiência de oferta de ensino superior, por sua vez, poderiam responder a editais específicos montando projetos para o desenvolvimento de *polos de apoio presencial ao ensino superior*, que são espaços físicos de apoio à execução descentralizada de atividades didáticas e funções administrativas de cursos a distância. Essas estruturas, montadas e mantidas pelas secretarias municipais de educação, deveriam ser equipadas com biblioteca e laboratórios de ensino/pesquisa e de informática.

Dessa forma, o sistema UAB consiste em uma parceria composta, de um lado, por instituições acadêmicas que possuem cursos aprovados, e por outro, por municípios que também tiveram polos de apoio presencial credenciados pela Universidade Aberta. Um polo pode ter cursos de diferentes instituições acadêmicas credenciadas pelo sistema UAB, uma vez que não há uma vinculação específica entre ambos. As secretarias municipais de educação das cidades-sede devem manifestar o seu interesse em sediar uma turma de um determinado curso para que ele aconteça e, por serem polos regionais, devem também receber alunos de outras cidades, que frequentem cursos nela ofertados.

Embora o projeto do curso ainda não houvesse sido aprovado pela Câmara de Pós-Graduação, ele foi submetido à concorrência do primeiro edital da UAB, lançado em dezembro de 2005. A aprovação ocorreu em 2006, o que garantiu o recebimento de bolsa para pagamento de professores e tutores pelo Ministério da Educação através da intermediação do CNPq, órgão também responsável por tarefa semelhante no curso do PITS. No mesmo ano, foi dado à iniciativa o nome *Ágora* – uma referência às praças das antigas cidades gregas onde se reuniam as assembleias do povo. A intenção, por parte do NESCON, era que o termo *Ágora* não definisse o curso em si, mas sim um projeto maior que pudesse sediar outros futuros cursos a distância no âmbito daquele núcleo, fossem eles especializações ou não. Por esse

motivo, um programa com o mesmo nome foi registrado também na Pró-Reitoria de Extensão<sup>70</sup>.

A produção de material instrucional para o curso, como vídeos e cadernos de estudo, foi iniciada também em 2006. Ainda nesse ano, foi aprovado, junto ao BNDES, um projeto de financiamento para a formulação de conteúdos para a especialização em Saúde da Família.<sup>71</sup> Um segundo financiamento foi solicitado ao Ministério da Saúde, para a oferta da primeira turma.

A articulação com as outras unidades além das faculdades de Medicina e Educação foi ocorrendo ao longo desse ano, enquanto se iniciava a produção de material e se buscava a institucionalização do curso. Uma vez que havia uma preocupação com a viabilidade financeira da empreitada e a sua inserção no sistema UAB, somente após consolidadas essas questões é que a atenção do grupo do NESCON se voltou totalmente para a busca de parceiros em outras unidades da UFMG.

A primeira conversa ficou muito centrada na Medicina, embora fosse um projeto desde o início interprofissional (...). Foi feita a captação de recursos e no desenvolvimento dele é que começam a aparecer os outros atores. Então, no desenvolvimento, a gente percebe que estava decidindo coisas ou avançando conceitos de outras áreas como a Odonto e a Enfermagem, embora a gente não tivesse inclusive, no grupo, representantes [dessas áreas]... (Entrevista n.º 1)

Ao contrário do BH-Vida, em vez de se procurarem os departamentos das áreas básicas da medicina para que eles indicassem docentes, o grupo, primeiramente, identificou e conversou com pessoas-chave que já houvessem participado de iniciativas anteriores, ou mesmo do Polo-SF. O mesmo foi feito para a busca de parceiros em unidades como as Faculdades de Odontologia e Educação, bem como para a composição da própria comissão coordenadora. A seguir, o grupo solicitava a indicação formal, pelos departamentos, das pessoas previamente escolhidas.

---

<sup>70</sup> Esse registro encontra-se sob o número SIEXBRASIL 54106/2009.

<sup>71</sup> A intenção inicial era obter um financiamento para a oferta do curso, o que não se realizou devido ao fato de o BNDES só poder financiar despesas de investimento, e não de custeio.

A estrutura concebida para o curso guardava certa semelhança com a concepção inicial do BH-Vida – de certa forma, a sua inspiração original. Havia, assim, uma primeira unidade didática obrigatória, de conteúdos essenciais para a organização das ações e do processo de trabalho. A disciplina Trabalho em Equipe, ministrada no BH-Vida para toda a equipe de saúde e de execução inviável na modalidade a distância, foi substituída por uma disciplina denominada Processo de Trabalho em Saúde, com uma temática semelhante à da primeira. Havia também uma disciplina chamada Modelo assistencial e Atenção Básica à Saúde, análoga ao primeiro módulo aplicado no BH-Vida, e uma correspondente ao módulo de uso da informação daquele curso, denominada Planejamento e avaliação das ações em saúde. Uma quarta disciplina, sem correspondência com aquela iniciativa, foi introduzida no módulo obrigatório: *Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. O seu objetivo era introduzir conceitos e práticas como acolhimento, trabalhos com grupos, visita domiciliar, consultas e educação permanente. A duração total dessa unidade didática era de 150 horas<sup>72</sup>.

A unidade didática II do curso pôde, enfim, possibilitar parte da flexibilização curricular que não se viabilizou no BH-Vida: foram previstas trinta e seis disciplinas de livre escolha dos alunos – que deveriam cursar uma carga horária de 210 horas. Ao final do curso, o aluno deve apresentar um Trabalho de Conclusão de Curso, conforme exigido pela legislação referente a cursos de especialização. Esse trabalho deve estar relacionado a algum problema por ele vivido em sua prática. No primeiro semestre de 2010, treze disciplinas estavam sendo ofertadas, e outras nove se encontravam em processo de produção<sup>73</sup>.

O principal recurso instrucional é o caderno de estudo, geralmente entregue no formato impresso e também disponibilizado em biblioteca virtual aberta, de acesso público. Esse material contém textos que buscam dialogar com o aluno e suscitar questões sobre o seu contexto de trabalho. Eles são também compostos por *atividades*, que consistem em discussões em fóruns na plataforma ou em trabalhos a serem realizados no contexto de trabalho, como levantamento de dados, realização de diagnósticos situacionais ou elaboração de planos de intervenção. Outros recursos são vídeos, geralmente discutidos em fóruns, e a

---

<sup>72</sup> Ao contrário de um curso presencial, no qual é possível determinar uma carga horária a partir da soma das horas presenciais de aulas e atividades em classe, há uma dificuldade em se fazer essa mensuração em um curso a distância. Isso leva à necessidade de ajustes constantes para se adequar o número de créditos ao número de horas realmente gastas em algumas disciplinas.

<sup>73</sup> A grade curricular do curso se encontra no anexo 07.

biblioteca virtual que, além de conter todo o material próprio do curso, contém também textos e artigos de referência cuja disponibilização seja livre (material público) ou tenha sido autorizada pelos detentores dos direitos autorais.

Durante um sábado por mês, os alunos devem comparecer a um encontro presencial nos polos de apoio, quando são realizadas atividades presenciais, como discussão de casos, conclusão de discussões iniciadas na plataforma e outras. É nesse encontro que se realizam as provas finais dos módulos<sup>74</sup>.

A tutoria, concebida para funcionar de forma análoga à preconizada pelo sistema UAB, é um componente importante do curso: os tutores a distância (TaD), contratados na proporção de um para vinte e cinco alunos, são profissionais da saúde com especialidade em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. Vivem, geralmente, nas cidades que sediam os polos ou em localidades próximas. Sua principal atribuição é o acompanhamento pedagógico do aluno. Para cumpri-lo, o tutor deve revisar as atividades desenvolvidas pelos alunos e passar-lhes sugestões, intermediar fóruns de discussões na plataforma *online* do curso e se manter informado acerca do percurso percorrido pelos seus alunos e as suas circunstâncias, a fim de evitar ao máximo a evasão. O tutor tem, inclusive, autonomia para renegociar prazos de entrega de atividades e formular planos especiais de recuperação do aluno<sup>75</sup>. Os tutores presenciais (TP) são contratados na proporção de um por polo, e seu trabalho é apoiar as atividades dos demais tutores, organizando os encontros presenciais e assessorando-os na busca de alunos com os quais se perdeu o contato.

Em 2009, formou-se uma estrutura de apoio pedagógico conhecida com Núcleo de Apoio Interdisciplinar e Pedagógico (NAIPE). Seus membros, conhecidos como "naipistas", têm a função de planejar e atualizar as atividades didáticas das disciplinas, conceber a agenda dos encontros presenciais e acompanhar um grupo limitado de tutores (em média, três), para prestar-lhes apoio em caso de necessidade.

---

<sup>74</sup> A legislação vigente de Educação a Distância no Brasil exige a aplicação de prova presencial, valendo no mínimo 40 pontos.

<sup>75</sup> Outra atribuição inicial do tutor era a correção de provas, repassada mais tarde aos membros do Núcleo de Apoio Interdisciplinar e Pedagógico (NAIPE) e, por fim, abolida com o desenvolvimento de um sistema *online* de realização de provas.

Administrativamente, o curso foi desenhado inicialmente para ser gerenciado através de sistemas, como os sistemas de tutoria, de gestão acadêmica, de comunicação e informação, de monitoramento e avaliação e de material instrucional.

O curso foi aprovado pela Câmara de Pós-Graduação em cinco de julho de 2007<sup>76</sup>, e uma oferta inicial de 400 vagas foi aprovada na mesma instância em seis de setembro de 2007. Uma vez que o nome "Curso de Especialização em Saúde da Família" já existia no âmbito da universidade, o seu nome oficial passou a ser "*Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família*" (CEABSF). Para a primeira oferta, oito polos em Minas Gerais solicitaram o curso: Araçuaí, Campos Gerais, Conselheiro Lafaiete, Corinto, Governador Valadares, Formiga, Teófilo Otoni e Uberaba. 50 vagas foram alocadas para cada polo. O processo seletivo consistiu em análise de currículo e entrevista dos candidatos nos polos. O grupo dos primeiros 400 candidatos aprovados foi denominado turma Alpha, mantendo assim a nomenclatura usada no BH-Vida; 353 candidatos aprovados foram efetivamente matriculados, iniciando suas atividades em 28 de fevereiro de 2008. Em maio de 2010, trezentos alunos (85% do total de matriculados, ou 75% do total de vagas da oferta) continuavam em curso, já em fase de conclusão do trabalho final.

A segunda oferta (turma Beta) foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação em sete de agosto de 2008, para 400 vagas – das quais cem foram reservadas ao município de Belo Horizonte<sup>77</sup>, que fez um processo de seleção interna de seus profissionais. As demais vagas foram distribuídas pelos polos em função da solicitação dos coordenadores de polos ou da demanda local, medida pelo número de candidatos em cada polo, o que permitiu variações entre as turmas subsequentes em um mesmo lugar. 398 alunos foram efetivamente matriculados, iniciando as suas atividades em 20 de setembro de 2008. Em maio de 2010, 356 alunos (89,45% do total de matriculados, ou 89% do total de vagas da oferta) continuavam em curso.

A terceira oferta (turma Gama, também 400 vagas.) foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação em doze de março de 2009. Dessa vez, foram reservadas 50 vagas para a SMSA/BH, em uma última reoferta especial. Os mesmos polos presentes nas turmas Alpha e Beta se mantiveram. Todas as 400 vagas foram preenchidas, e essa turma iniciou as atividades

---

<sup>76</sup> Processo na Câmara de Pós-Graduação: 23072.023924/07-21

<sup>77</sup> Uma vez que o município de Belo Horizonte não possui um polo de apoio presencial, o Centro de Educação Permanente da SMSA/BH funcionou como o local de realização dos encontros presenciais desses alunos.



em primeiro de agosto de 2000. Em maio de 2010, 394 alunos (98,5% do total) continuavam em curso.

Por fim, a quarta oferta (turma Delta, 400 vagas) foi aprovada pela Câmara de Pós-Graduação em sete de janeiro de 2010, iniciando as suas atividades em 20 de março do mesmo ano. Não houve reservas de vagas para Belo Horizonte nessa reoferta, que passou a contar com um novo polo: Lagoa Santa. Todas as 400 vagas foram preenchidas, e todos os 400 alunos (100%) continuavam em curso em maio de 2010.

#### **4.7. O Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (2008 - 2009)**

Ao final de 2006, a Faculdade de Odontologia da UFMG foi procurada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), que lhe solicitou um curso de especialização para os seus profissionais dentistas que trabalhavam no âmbito da Saúde da Família. Naquela unidade já funcionava um curso pago, ofertado à clientela aberta, de *Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva*, que havia sido aprovado na Câmara de Pós-Graduação de UFMG, em 18 de dezembro de 2002. Por esse motivo, e para agilizar o trâmite dentro da universidade, propôs-se uma readaptação desse curso e, em seguida, a solicitação de reofertas para os profissionais da rede municipal. Dessa forma, esse curso se tornou o quarto "ramo" original de especialização em Saúde da Família na UFMG<sup>78</sup>, o sétimo em termos de concepção específica para um objetivo e o único a não incluir a expressão "Saúde da Família" no nome oficial.

O curso, na realidade, não tem o nome de Saúde da Família. Apesar dele trabalhar na Saúde da Família, ele tem o nome de odontologia em saúde coletiva, que é o nome que já era oficial aqui. Por questões administrativas, a gente manteve o nome, mas ele foi organizado e estruturado como um curso de Saúde da Família pra dentista que trabalha com Saúde da Família e foi organizado junto com o Serviço... (Entrevista n.º 6)

Um canal de discussão com a SMSA/BH já havia começado a se estabelecer no início de 2006, por conta de outra iniciativa: o PRÓ-SAÚDE, uma vez que a aprovação do programa dependia de uma articulação prévia com o gestor municipal. Além disso, como um de seus

---

<sup>78</sup> Em termos de grade curricular formal. As outras são: *CESF* (que originou a *primeira oferta*, o *PITS*, o *Veredas* e o *BH-Vida*), o *Curso de Especialização em Saúde da Família: Residência Multiprofissional* e o *Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família* - Programa Ágora.

eixos preconizava o apoio a ações de educação permanente para profissionais em serviço, o curso surgiu como uma materialização dessa vertente educacional, continuamente estimulada pelo Ministério da Saúde. Além disso, a Faculdade de Odontologia já vinha discutindo o seu projeto pedagógico desde 2003, e a proposta foi vista como potencialmente benéfica a essa discussão.

A SMSA/BH objetivava especializar 300 dentistas que trabalhavam diretamente em equipes de PSF ou no apoio a elas. Assim como no BH-Vida – outra iniciativa que nasceu por demanda dessa secretaria – o curso foi solicitado por necessidade do serviço, mas também como uma pressão advinda de uma greve então recente: a especialização em Saúde da Família era uma reivindicação dos profissionais dentistas, que ainda não haviam sido contemplados com esse benefício – ao contrário de seus colegas médicos e enfermeiros da rede de atenção básica. Embora o curso fosse destinado a uma clientela fechada, houve um processo de seleção baseado em prova teórica específica, de inglês, e análise de currículo.

A Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG) também foi chamada para oferecer o curso, tendo sido ambas – UFMG e PUC/MG – escolhidas pela notória experiência e também por facilidades no estabelecimento de convênio com a secretaria municipal. As vagas foram divididas entre as duas instituições: a UFMG ficou com 120 vagas; a PUC/MG, com 180 vagas.

Cerca de um ano se passou entre o momento da solicitação e o início da oferta. Durante esse tempo, os professores que se envolveram com a proposta passaram a discutir os conteúdos do curso a partir do que seria considerado mais importante para o dentista que estava no serviço, levando-se também em conta a sua disponibilidade. Várias discussões também ocorreram sobre as metodologias a ser utilizadas.

Como mudanças realizadas na adaptação do curso de Odontologia em Saúde Coletiva à nova proposta, citam-se a exclusão de cinco disciplinas da grade original, a modificação do formato do Trabalho de Conclusão de Curso para que ele pudesse permitir uma aplicação prática nos locais de trabalho dos alunos, o aumento da carga horária de 375 para 405 horas, a redução da duração do curso de quinze para doze meses e a rediscussão e atualização dos conteúdos em si.

Assim como na concepção e no planejamento do BH-Vida, a SMS/BH se fez presente de forma constante nas discussões. Várias divergências – basicamente sobre metodologias de ensino – são manifestadas entre as duas instituições nessas reuniões, embora haja uma boa avaliação sobre o processo por parte dos professores da odontologia. Há consenso quanto ao conteúdo a ser ministrado.

A gente tem muito choque (...). E é uma coisa muito complicada mesmo, uma vez na reunião lá na secretaria eu falei: (...) a gente é igual divorciado e agora quer reencontrar... (...). Porque é muito difícil a conversa, sempre existe isso, eu percebo de um lado o serviço que acha que sabe tudo e não aceita muito a crítica, e de outro lado uma Universidade que também acha que sabe... (Entrevista n.º 6)

A primeira reoferta no novo formato foi aprovada *ad referendum* na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em 14 de janeiro de 2008, para 40 vagas – das quais 39 foram devidamente preenchidas –, e as aulas se iniciaram em 26 de fevereiro de 2008, encerrando-se em novembro do mesmo ano, sem evasões. Durante as reofertas para os profissionais da SMSA/BH, o curso passou a ser ministrado em módulos mensais de três dias – sempre às terças, quartas e sábados – em um arranjo discutido previamente com a prefeitura para minimizar a ausência do profissional do seu local de trabalho. A nova grade curricular previa 72 horas de atividades de dispersão, em uma média de sete horas por mês. Além disso, foi introduzida a figura do tutor, que deveria acompanhar oito dentistas durante todo o curso, orientar suas atividades, aconselhar em relação às dificuldades individuais e orientar o trabalho final e a realização dos exercícios dos módulos. As atividades presenciais eram, via de regra, realizadas nas dependências da UFMG. A grade adaptada, usada por essa iniciativa, encontra-se no anexo 08 deste trabalho.

Essa reoferta produziu um impacto positivo sobre o curso original, uma vez que houve uma satisfação do corpo docente com o novo desenho, e por esse motivo decidiu-se que as reofertas pagas, destinadas ao público aberto e que já ocorriam desde a criação do curso, ocorreriam também nesse formato. Por esse motivo, a segunda reoferta – aprovada na Câmara de Pós-Graduação da UFMG em quatro de dezembro de 2008 – solicitou 110 vagas, sendo 80 para os profissionais restantes da SMSA/BH, que integrou, com esse número, as 120 vagas previstas originalmente no convênio com a secretaria – e trinta vagas de demanda livre, pagas por quem se candidatasse a elas. Essa segunda turma terminou o curso em novembro de 2009, com três evasões entre os alunos da rede municipal.

Tendo sido descritas as sete iniciativas de especialização em Saúde da Família, serão feitas, a seguir, algumas comparações entre os cursos, levando-se em conta algumas características das vagas ofertadas e sua inserção institucional.

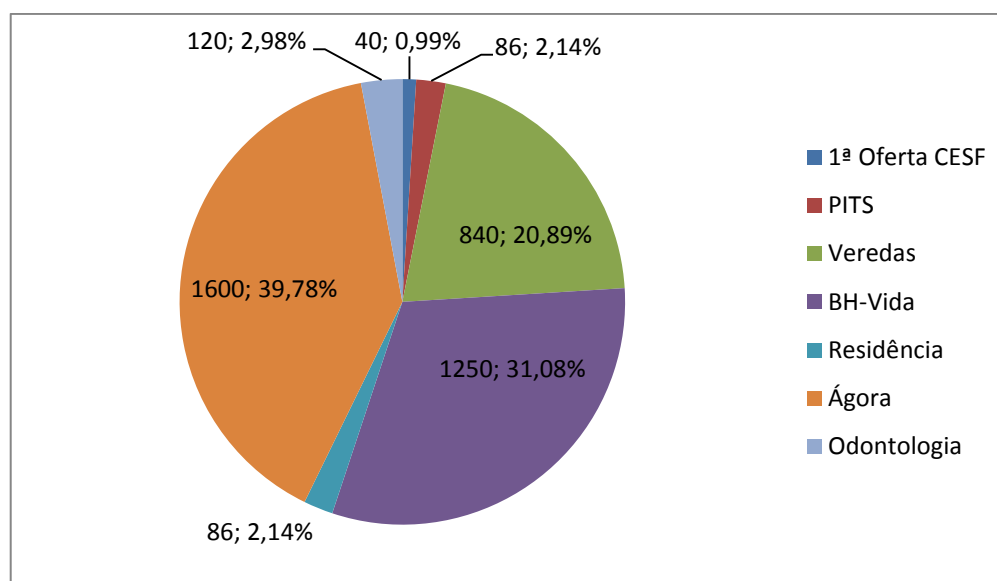
## **5. Análise geral das iniciativas**

O propósito deste capítulo é descrever e comparar algumas características básicas das iniciativas de especialização em Saúde da Família descritas anteriormente. Nos capítulos seguintes, estas serão analisadas a partir das categorias empíricas descritas no marco metodológico deste trabalho.

### **5.1. Características gerais**

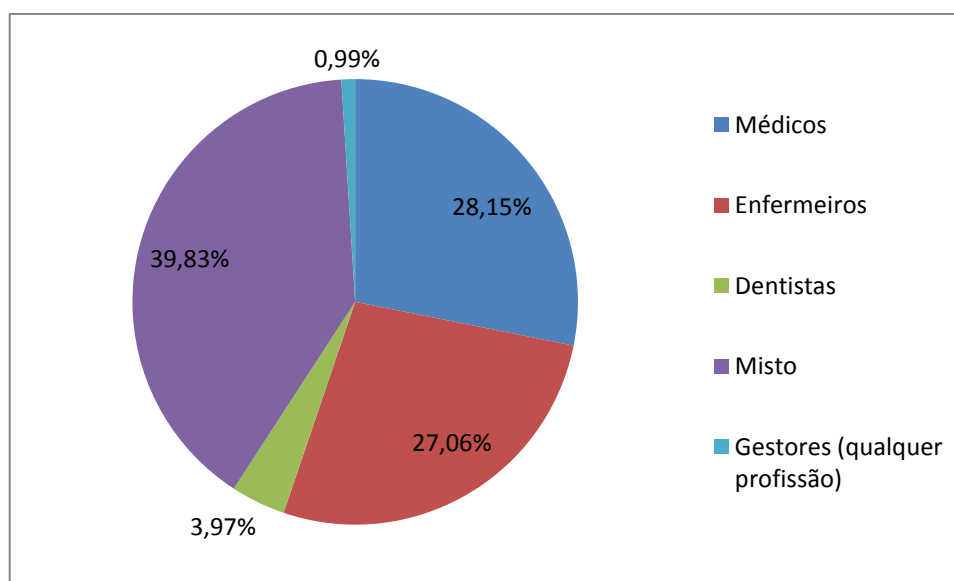
#### **5.1.1. Comparações em relação ao número de vagas**

As sete iniciativas estudadas neste trabalho têm diferentes magnitudes em relação ao número de vagas ofertadas. Chama a atenção o enorme contingente do CEABSF/Ágora – que, apesar de ser uma das iniciativas mais recentes, já é responsável por 40% de todas as vagas ofertadas em iniciativas de especialização na UFMG desde 1999. Esse fato é justificado tanto pelo fato de o mesmo ser ofertado na modalidade a distância como pela política nacional de especialização em larga escala que norteou a sua concepção, primeiramente expressa pela Rede MAES, e posteriormente pela UNA-SUS. Veredas e BH-Vida foram as iniciativas presenciais com maior número de vagas ofertadas e, somadas ao CEABSF, inteiram 92% do total. Dessa forma, a primeira oferta do CESF, o PITS, a Residência e o curso de Especialização em Odontologia em Saúde coletiva são responsáveis por apenas 8% do total de vagas.

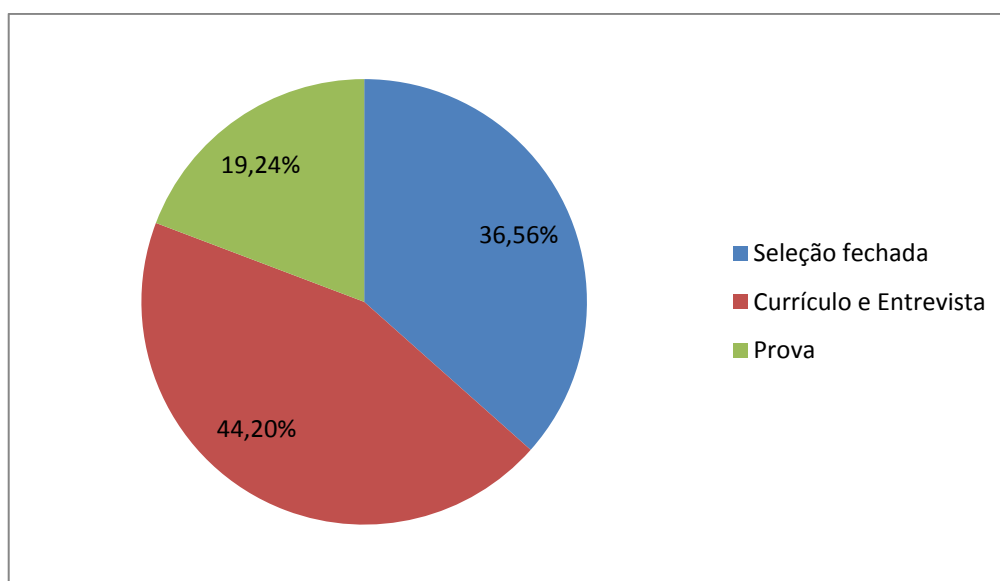
**Fig. 4: Número de vagas de cada iniciativa e sua proporção em relação ao total**

Em relação à categoria profissional dos alunos, mais da metade das vagas eram reservadas a médicos (28,15%) ou a enfermeiros (27,06%). Apenas 3,97% foram primariamente reservadas a dentistas<sup>79</sup>, e um montante de 40% – todas referentes ao CEABSF/Ágora – eram mistas, podendo ser ocupadas por pessoas de qualquer uma dessas categorias profissionais. Para tanto, elas deveriam apenas ser aprovadas no processo seletivo, independentemente de sua profissão. Apenas 0,99% das vagas foram ofertadas sem relação com essas categorias profissionais, e sim com funções de coordenação ou gestão: são todas referentes à reoferta especial do Veredas para esse público. A figura 5 mostra a distribuição de vagas de acordo com a categoria profissional:

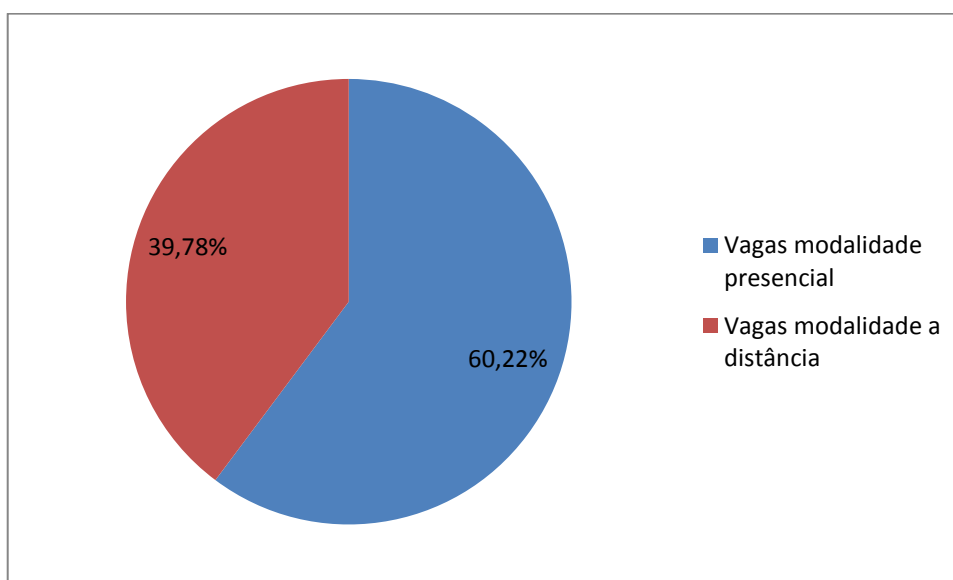
<sup>79</sup> Apesar da pouca quantidade de vagas destinadas a esse profissional no Veredas, ressalta-se, como já descrito anteriormente, que vários dentistas excedentes ocuparam, posteriormente, vagas destinadas a médicos e dentistas.

**Fig. 5: Distribuição de vagas de acordo com a categoria profissional**

Houve três formas de seleção dos candidatos a vagas nas sete iniciativas: seleção *por prova*, utilizada basicamente na primeira oferta do Veredas (19,24%), por *entrevista e análise de currículo*, utilizada na maioria das iniciativas e reofertas (44,20%), e *seleção fechada*, quando um município demandante repassa à coordenação do curso uma lista contendo os nomes dos profissionais que deverão ser matriculados (36,56%). Nesse último caso, o município pode ter utilizado qualquer estratégia seletiva, como prova (no caso da especialização em Odontologia em Saúde Coletiva), entrevista e análise de currículo (PITS) ou indicação prioritária de profissionais que atuassem em áreas de elevado risco social (BH-Vida). A figura abaixo compara, visualmente, a proporção dos três tipos gerais de processo seletivo descritos:

**Fig 6: Proporção de vagas segundo processo seletivo para seu preenchimento**

A figura abaixo mostra a proporção de vagas ofertadas nas modalidades presencial e a distância. Apenas uma iniciativa (CEABSF/Ágora) é ministrada nesta última, embora seja responsável por quase 40% das vagas ofertadas:

**Fig 7: Proporção de vagas segundo modalidade de oferta**



### 5.1.2. Inserção institucional das iniciativas

Há duas formas de se classificarem institucionalmente as iniciativas de especialização em Saúde da Família na UFMG: a primeira relaciona-as à matriz curricular, à qual estão vinculadas formalmente. A segunda, ao departamento ou órgão que as sedia na universidade.

Conforme exposto anteriormente, as sete iniciativas estão agrupadas em quatro diferentes matrizes curriculares originais: a do CESF, na qual estão incluídas a primeira oferta desse curso, o PITS, o Veredas e o BH-Vida; a da residência Multiprofissional, da qual posteriormente se desmembrou a residência médica; a do CEABSF, especialização ofertada a distância e pertencente ao programa Ágora, do NESCON, e a do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, que foi readaptada para a capacitação de cirurgiões-dentistas vinculados à Saúde da Família ou à Atenção Básica de uma forma geral, no município de Belo Horizonte.

Em relação à inserção departamental, as iniciativas encontram-se distribuídas em quatro instâncias formais: o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG (DMPS/FM), responsável institucional pela primeira oferta do CESF, pelo PITS, pelo BH-Vida, pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e pelo CEABSF; a Comissão de Residência Médica do Hospital das Clínicas (COREME/HC), responsável pela Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade; o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem (EMI/EE), responsável pelo Veredas; e o Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia, responsável pelo Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva.

Em relação ao DMPS/HC, responsável total por quatro das sete iniciativas estudadas e parcial por uma delas (residência), nota-se que duas iniciativas, embora formalmente vinculadas a ele, foram delineadas e executadas pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON/UFMG), também vinculado formalmente ao departamento.

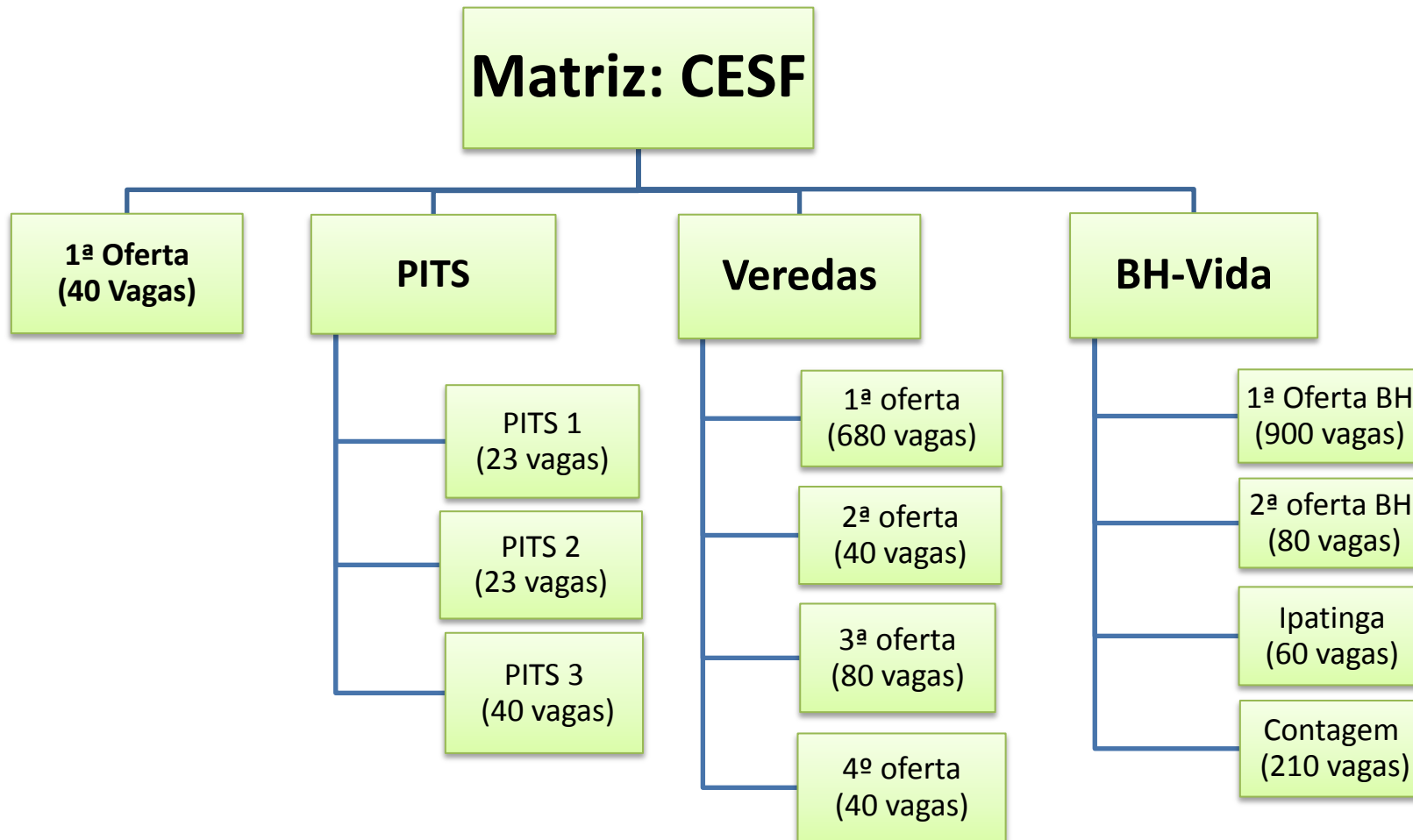
É possível observar que não há uma coincidência total entre as duas classificações: iniciativas de uma mesma matriz estiveram sob responsabilidade de diferentes departamentos, como no caso do Veredas – que, embora seja classificado como uma reoferta do CESF, não se

encontrava sediado no departamento de origem do mesmo. As Residências Multiprofissional e Médica, embora sejam consideradas neste estudo uma mesma iniciativa, também vieram de uma mesma matriz original e foram conduzidas por unidades diferentes: a Faculdade de Medicina e o Hospital das Clínicas. O inverso também pode ser observado: um único departamento (DMPS) ficou responsável por iniciativas de três diferentes matrizes curriculares, como o CESH, o PITS e o BH-Vida, reofertas do CESH, a Residência Multiprofissional e o CEABSF.

Essa constatação mostra uma certa diversidade de arranjos para a execução das iniciativas, explicada a partir da necessidade de viabilização de algumas delas, como a residência (cujo desdobramento acarretou a sua migração para o Hospital das Clínicas) e o BH-Vida (que não foi concebido a partir da matriz do CESH, mas acabou se convertendo em sua reoferta). Como se verá na discussão sobre a interação entre as diferentes iniciativas, alguns arranjos podem também ser explicados sob a lógica da divisão de funções (ou mesmo de "territórios"), como no caso do Veredas e do BH-Vida – sediados em departamentos diferentes, mas considerados, formalmente, como reofertas do mesmo curso.

As figuras 8, 9 e 10 ilustram a classificação das diferentes iniciativas, bem como de suas reofertas, a partir das quatro matrizes curriculares. Já a figura 11 mostra a inserção departamental de cada uma, mantendo as cores utilizadas nas primeiras figuras para ilustrar a diversidade descrita no parágrafo anterior.

Figura 8: Iniciativas vinculadas à matriz CESF e suas reofertas



**Figura 9: A matriz da Residência Multiprofissional, suas reofertas e seu desdobramento**

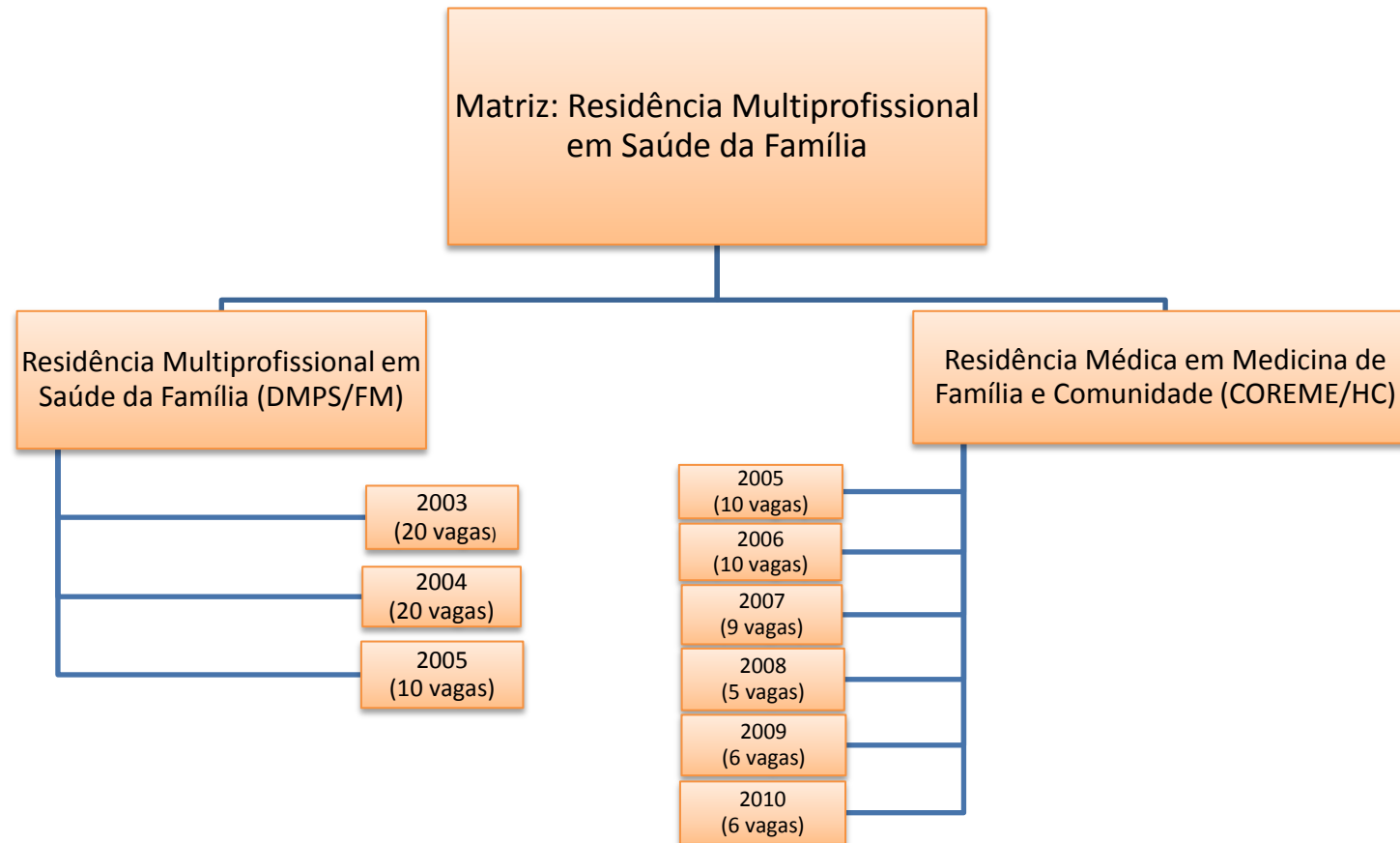


Figura 10: As matrizes do CEABSF (Ágora) e do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva

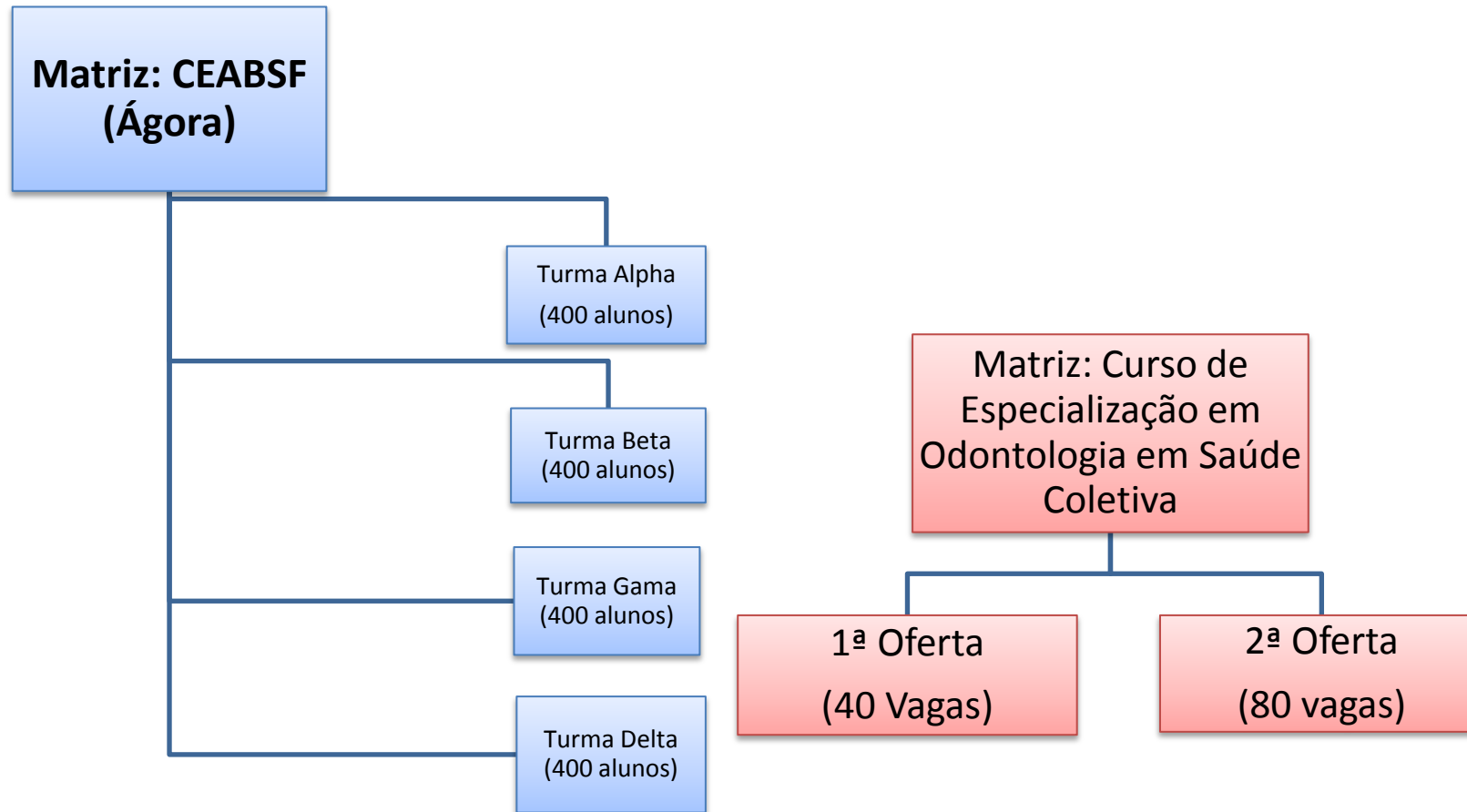
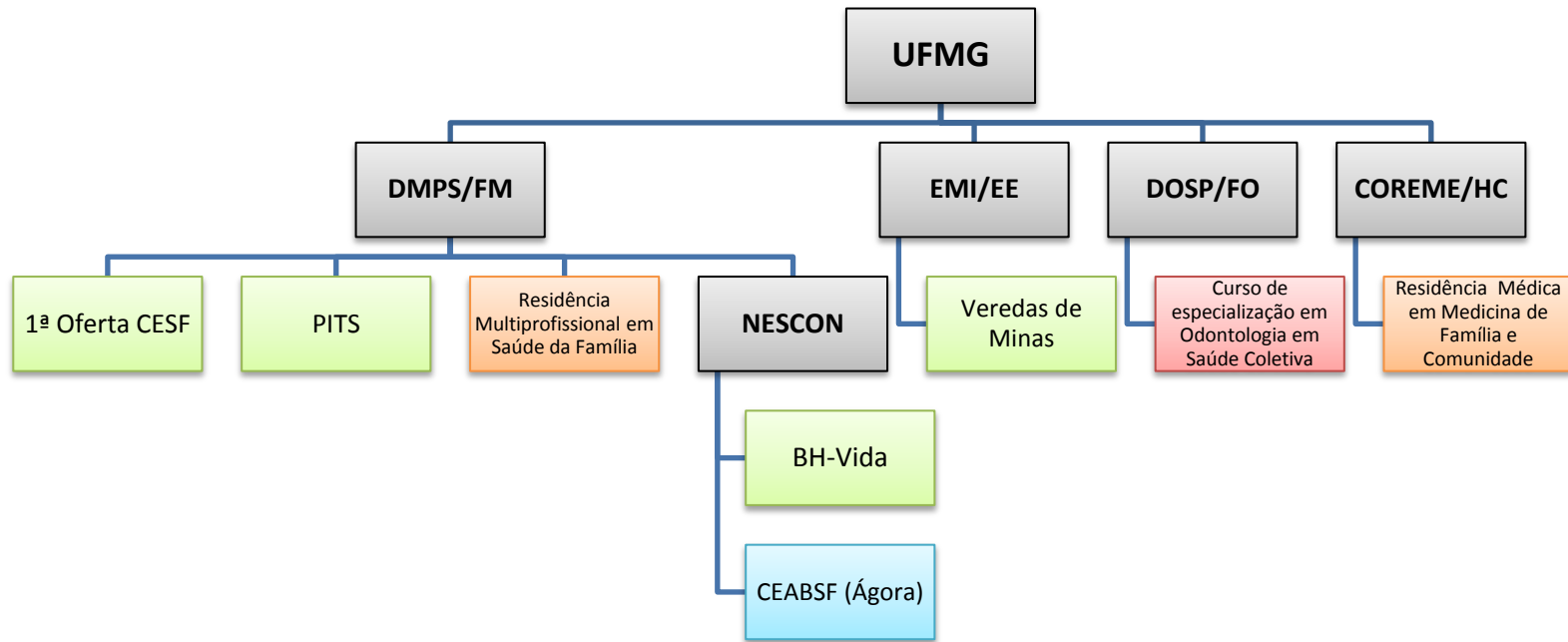
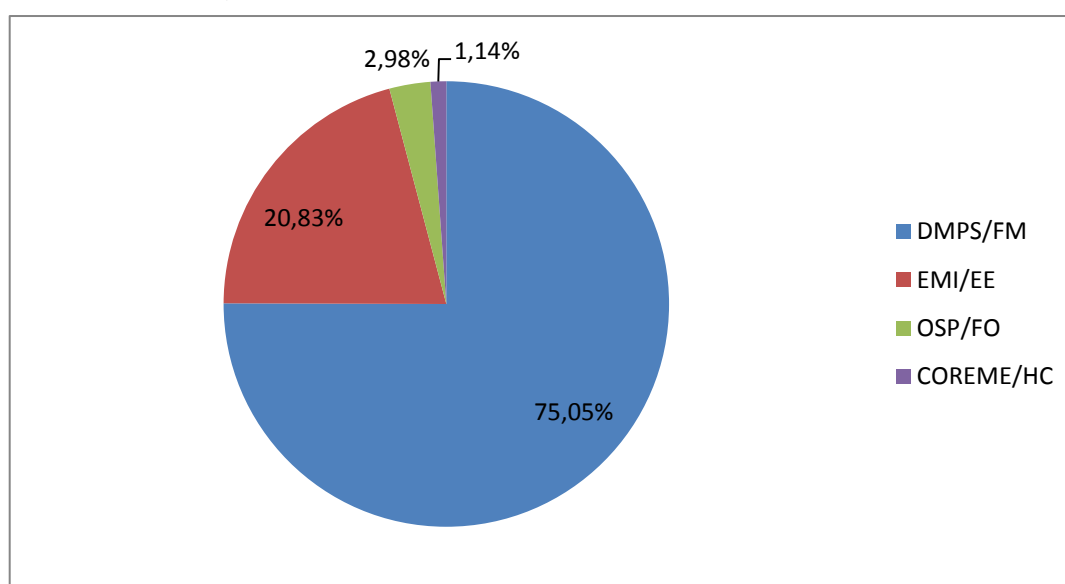


Figura 11: As iniciativas de especialização em Saúde da Família e sua inserção segundo a instância administrativa



Constata-se que o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina (DMPS/FM) é a instância que concentra não somente o maior número de iniciativas, como também o maior número de vagas ofertadas: 75,05% delas estão em iniciativas sob a responsabilidade desse departamento, como se pode ver no gráfico a seguir:

**Figura 12: Proporção de vagas sob responsabilidade de cada instância administrativa**



O capítulo seguinte iniciará a análise das iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG por categorias empíricas. Nele serão analisadas duas delas: concepção pedagógica e avaliação.

## 5.2. Concepção Pedagógica e Avaliação

Primeiramente serão analisadas as concepções pedagógicas de cada iniciativa, bem como estratégias didáticas mencionadas pelos entrevistados ou descritas nos documentos analisados. Em seguida, serão discutidos os aspectos referentes à avaliação das iniciativas.

### 5.2.1. Concepção pedagógica

Todas as sete iniciativas afirmam trabalhar, como norte pedagógico, com o conceito de *problematização*. Apesar disso, nenhuma delas se baseia em um marco teórico ou autor específico que o defina.

Não, não tem... o marco teórico mais amplo é o treinamento em serviço (...), com o aluno em cima de demandas reais (...). É a problematização, embora isso não esteja definido com todas as premissas e tudo... (Entrevista n.º 10)

Eu não sei se a gente tem uma concepção teórica, igual na metodologia... a gente tem reforma curricular, todo mundo está trabalhando muito com metodologia ativa, fomentando outras coisas, então não quer dizer que a gente chegou e fez assim. Nesse projeto, a proposta que a gente colocou foi de ser um curso voltado para o serviço, a partir do serviço, e com o que usar de metodologia ativa. Agora, falar assim, que tem um fulano ou um sicrano [como referência], isso não... (Entrevista n.º 6)

Há um consenso sobre a importância de se considerarem as peculiaridades do aluno de um curso de especialização em Saúde da Família: um profissional adulto, com acúmulo prévio de experiências e conhecimentos e inseridos nos serviços de Atenção Básica. Busca-se, assim, trazer a sua realidade para as atividades do curso. Isso é feito, basicamente, de duas formas: a primeira é através da busca da flexibilização de atividades, de forma que o profissional possa escolher os temas que julgar relevantes à sua prática e às suas circunstâncias.

Essa preocupação esteve presente inicialmente em três iniciativas: no Veredas, através da realização de oficinas temáticas de livre escolha pelo aluno; no BH-Vida, através da proposta não exitosa de oferta de temas de escolha livre; e no Ágora, através do oferecimento de disciplinas optativas em sua unidade didática II, para que o aluno componha uma grade curricular personalizada. Uma pessoa entrevistada descreve da seguinte forma a estratégia de



flexibilização executada no curso que coordenava:

Então nós fizemos um leque grande de opções de oficinas, trabalhamos essas oficinas e os alunos escolhiam. Primeiro fizemos um diagnóstico de quais eles se interessavam, e aí a gente oferecia essas oficinas aqui em Belo Horizonte e no interior (Entrevista n.º 11).

A segunda forma de aproximar o curso à realidade do profissional é através do planejamento de atividades de dispersão, presentes nas disciplinas de seis das sete iniciativas (a exceção fica por conta da residência, cujas atividades já ocorrem predominantemente em serviço). Em uma atividade de dispersão, o profissional deve realizar um levantamento de dados sobre a sua realidade – que pode ser tanto a estimativa de um problema de saúde local como um diagnóstico situacional completo da saúde em seu município –, elaborar planos de intervenção, aplicá-los e até mesmo avaliá-los. Em encontros presenciais, pode-se discutir os achados e determinados aspectos dos problemas levantados, bem como estratégias para a sua resolução ou minimização.

[discutiam] casos, alguns deles trazidos da realidade deles, através das atividades de dispersão, que a gente trazia para discussão em aula. No preparo das atividades de dispersão surgiam essas experiências, como fazer o preenchimento do SIAB<sup>80</sup>, números de mortalidade infantil... então, a gente utilizava o sistema como problematização (Entrevista n.º 9).

Essas considerações metodológicas, bem como o próprio uso da problematização, chegaram a ser até mesmo incluídas como obrigações da universidade no contrato celebrado entre a FUNDEP e o Ministério da Saúde para a realização do Veredas. Não é possível inferir exatamente o motivo de essa cláusula aparecer nesse contato e não em outros, mas a justificativa do seu uso está contida em seu texto:

Em uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde que propugna por sua adequação permanente às alterações do quadro sanitário e social da população, de pouco vale trabalhar-se com uma metodologia de ensino baseada, apenas, em repasse de informações, por mais atualizadas que elas

---

<sup>80</sup> SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica. Permite o envio de dados colhidos pela equipe de Saúde da Família para o Ministério, de forma a possibilitar o monitoramento de indicadores e a avaliação da Atenção Básica.

sejam (...). O curso deverá estar embasado na estratégia de integração ensino-serviço, preferencialmente com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de reflexão crítica, síntese, análise e aplicação dos conceitos voltados para a efetiva construção do conhecimento, através do estímulo ao permanente raciocínio clínico, seja para questões individuais ou coletivas, baseando-se, sempre que possível, em metodologias problematizadoras. Nos períodos de dispersão e/ou de atividades práticas poderão participar do processo educacional profissionais de saúde com notória experiência na área atuando como preceptor (Contrato FUNDEP/MS n.º 127/2001).

O uso desse tipo de abordagem educacional, ao fazer com que os alunos conheçam ativamente a sua realidade e a discutam em suas equipes ou com os colegas, pode proporcionar a reflexão sobre o processo de trabalho e a mobilização de esforços para melhorá-lo e entender tanto os problemas enfrentados como as suas possíveis soluções. Essas possibilidades, embora aconteçam em um curso ministrado pela universidade – uma iniciativa que alguns autores chamariam de *Educação Continuada*, e não Educação Permanente em Saúde (EPS) – estão em consonância com os objetivos preconizados pelo último conceito. Assim sendo, constata-se a presença das principais premissas da EPS nas atividades usuais das iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG e, por conseguinte, a não exclusão de ambas as definições. Se conduzida a cabo, e caso esse intuito seja valorizado, a problematização pode desencadear processos de Educação Permanente em Saúde.

Uma restrição a esse desencadeamento, porém, é constatado em três iniciativas: a falta de preparo de alguns docentes em reconhecer a especificidade do aluno-profissional e lidar com ela. Cada entrevistado citado abaixo é coordenador de uma iniciativa diferente:

O enfoque era da problematização. Mas, às vezes, a gente não conseguia, por falta de capacitação do docente. Às vezes ele não conseguia usar a metodologia da problematização. Então, ficava em aulas expositivas... (Entrevista n.º 7).

A gente trabalhava com problematização, a gente tentou em vários espaços, nem todo mundo estava preparado para isso, mas a ideia era que se trabalhasse com o programa (Entrevista n.º 11).

Apesar das intenções da coordenação e de uma diretriz do curso, acaba reproduzindo o que a gente vê no cotidiano aqui da Escola, (...) cursos bem tradicionais, aulas expositivas, magistrais, com muito pouco diálogo, muito pouca relação com os profissionais, um desconhecimento do que é a formação de adulto profissional (...), uma pessoa que já tem um conhecimento, já tem uma experiência, e está ali mais para dialogar, trocar e problematizar. Alguns têm uma experiência (...) mais teórica sobre o

assunto, e muito pouca prática. A gente acaba reproduzindo isso... (Entrevista n.º 3).

Um ofício de resposta à diligência da PRPG, emitido pela coordenação de uma dessas três iniciativas, reconhece que, muitas vezes, o docente acaba participando de forma pontual do curso devido à sua excelência técnica sobre pontos específicos, dizendo que, por vezes, falta a ele vivência na realidade prática dos alunos ou da saúde pública. Esse documento sugere algumas ações para minimizar o problema:

As ações que pretendemos realizar para diminuir essa distorção são: a) privilegiar os docentes que já mostraram maior afinidade e compreensão com a proposta do curso e da capacitação desses profissionais; b) reforçar o esclarecimento aos docentes convidados da proposta didático-pedagógica, da programação do curso, da clientela (...), das avaliações e dos resultados como um todo; c) promover oficinas de avaliação com a participação dos docentes envolvidos (Ofício de resposta à diligência da Pró-Reitoria de Pós-Graduação).

Essa questão conduz a um ponto de discussão importante: um curso de especialização em uma área relativamente nova, como a Saúde da Família, realizado por uma universidade, carrega em si um paradoxo: trata de ensinar, através de docentes que, muitas vezes, ainda não tiveram contato com essa estratégia – e, portanto, não podem problematizar sobre ela –, uma prática e um conhecimento a profissionais que já lidam com eles cotidianamente.

Esse problema não diz respeito apenas ao uso de metodologias ativas: a visão, especialmente médica, de que a capacitação para a Saúde da Família é obtida através da soma da aprendizagem isolada de áreas básicas, como pediatria, clínica e ginecologia – às quais os docentes certamente pertencerão, uma vez que não há departamentos de Medicina de Família e Comunidade na UFMG – é reducionista em relação às especificidades desse campo.

Não basta um professor de clínica ou ginecologia ensinar os conhecimentos básicos de sua área aos profissionais: ele deve compreender o contexto de funcionamento de uma equipe de Saúde da Família, conhecer os recursos com os quais os profissionais contam ou não, identificar os problemas de saúde mais prevalentes nesse contexto, sua relação com aquela comunidade, a percepção que os usuários têm deles e, por fim, entender quais práticas de abordagem coletiva, além das individuais, serão importantes e viáveis naquela comunidade para prevenir esses problemas e promover a saúde da população local.

Por esses motivos, o uso de metodologias ativas de ensino, e especialmente a problematização, requer a inserção dos docentes em contextos de atenção primária – através de atividades de integração ensino-serviço – para que eles possam problematizar os assuntos que devem ser dominados pelos alunos em seus próprios contextos de trabalho e induzir a reflexão sobre o seu processo de trabalho, dando início assim a um processo de Educação Permanente em Saúde, na acepção da OPAS.

Por fim, é preciso considerar que o emprego de atividades problematizadoras, independentemente da concepção que se use, é uma metodologia baseada no princípio da aprendizagem significativa – que, como discutido anteriormente, requer uma integração entre o que se aprende e o que se vivencia no cotidiano.

A seguir, serão discutidos os processos de avaliação levados a cabo por cada uma das iniciativas.

### **5.2.2. A avaliação das iniciativas**

Assim como na categoria *concepção pedagógica*, todas as iniciativas relatam algum grau de avaliação sobre as atividades desenvolvidas, embora também lhes falte um referencial teórico e uma maior sistematização da reflexão realizada. Dois motivos aparecem para justificar esse quadro: a primeira é a falta de *expertise* ou instrumentos para a realização de processos avaliativos mais sistematizados, embora por vezes haja alguma coleta de dados junto aos alunos:

Era uma percepção da construção. Não tinha nenhum instrumento técnico para nos orientar nessa direção... (Entrevista n.º 7).

A gente nunca teve também uma avaliação construída por nós, sistematizada no processo... a gente construiu algumas avaliações, o aluno sempre avaliou, a gente tem aí o material todo avaliado pelo aluno, mas a gente poderia ter sistematizado melhor essa avaliação de processo. A gente até andou conversando com algumas pessoas, tentando uma avaliação, mas nós não temos uma avaliação do que nós concluimos... (Entrevista n.º 11)

Em uma iniciativa, a não realização de processos mais sistematizados de avaliação foi explicada também pela falta de priorização ao longo do processo:

Nós tivemos reuniões muito frequentes da coordenação e do colegiado que se formou para acompanhar o curso. Nós tínhamos, inclusive, uma proposta de uma avaliação mais formal do curso, mas, com o tempo, eu acho que tanto as reuniões foram se tornando menos frequentes, e também a proposta de avaliação, ela foi sendo colocada em segundo plano... (Entrevista n.º 3)

Duas espécies de avaliação se constituíram nas iniciativas: a primeira visava a possibilitar o entendimento do que não estava acontecendo de acordo com o esperado, para que se providenciassem mudanças na execução do curso, e ocorria de forma informal. A segunda, citada menos comumente do que o primeiro, visava a cumprir com as obrigações técnicas referentes à apresentação de relatórios para prestação de contas das iniciativas. Alguns dados eram também levantados para apresentação em auditorias dos órgãos financiadores.

As falas a seguir ilustram a primeira espécie de avaliação:

A avaliação de um processo ocorria, e se ela apontava em termos de melhorias, que mudanças precisavam ser feitas, elas eram feitas no processo: as correções que a gente tinha ali, mudança de professor... se um não deu certo numa turma, ia outro... ou o horário, o conteúdo, isso tudo aconteceu... (Entrevista n.º 11).

Tem as reuniões, as reuniões que a gente faz no departamento, que a gente avalia (...). Ordem de módulo às vezes troca, tipo de conteúdo que foi trabalhado (...), se faltou conteúdo, onde que vai pôr, tem algumas modificações... (Entrevista n.º 6).

Nós não conseguimos sistematizar um processo de avaliação, e as modificações que aconteceram nos módulos foram muito a partir da experiência dos coordenadores de cada módulo (Entrevista n.º 3).

Uma única iniciativa relatou haver planejado momentos de avaliação processual como parte integrante das atividades didáticas, com a intenção de aperfeiçoamento do processo:

Tem os momentos quinzenais de avaliação do processo, de discussão (...). Isso acontece desde o primeiro momento, (...) inclusive a gente conta como carga horária. (...) Tem o momento de criticar e tem o momento de discutir a estrutura pedagógica, a unidade e os processos que estão sendo gestados ali. (Entrevista n.º 10).

O segundo tipo de avaliação, de viés mais burocrático, é exemplificado nas falas a seguir:

Foi uma avaliação para olhar o financiamento no sentido assim, da certeza de que o prometido estava sendo cumprido, então a auditoria era mais nesse sentido... (Entrevista n.º 11).

As nossas avaliações são muito pra atender uma demanda externa, principalmente de relatório técnico, que é de prestar contas de etapas do projeto ou fazer solicitação de novo recurso (...), elas avançam pouco para o qualitativo... (Entrevista n.º 1).

Por fim, nenhuma iniciativa realizou avaliações de *resultado*, com o objetivo de se entender o impacto causado, pelo curso, no dia a dia do profissional e na melhoria de seu trabalho, ou nos indicadores de saúde em seu território.

É uma pergunta que eu gostaria de saber a resposta... não sei, pra mim tem uma interrogação no ar (...). Eu quero saber o quanto isso tem afetado a realidade... (Entrevista n.º 7).

Dessa forma, embora processos de avaliação estejam sempre presentes no curso, não há uma metodologia definida ou um referencial teórico para a sua sistematização. O retorno obtido é utilizado para detectar necessidades de mudanças pontuais ou responder a prestações de contas, não sendo frequentes reflexões mais amplas, que subsidiem mudanças substanciais.

A universidade responde a demandas dos gestores de saúde. Entretanto, isso ocorre sem que se organizem formas de reflexão sobre os aspectos mais gerais dessas demandas, ou da própria política pública de especialização para a Saúde da Família e de seu impacto para a saúde da comunidade.

Dado o papel da universidade de, a partir de sua autonomia, buscar pontos de partida para reflexões e questionamentos, e uma vez que a UFMG se vê profundamente implicada na execução de uma política pública cujos resultados reais são pouco conhecidos, essa universidade se encontra em uma situação privilegiada para produzir conhecimento original na área. Esse tipo de pesquisa é ainda mais relevante quando se considera que várias universidades públicas estão oferecendo cursos de especialização em Saúde da Família em larga escala (ou se preparam para isso) através da UNA-SUS, embora o real impacto disso no SUS e nos indicadores de saúde da população seja desconhecido.

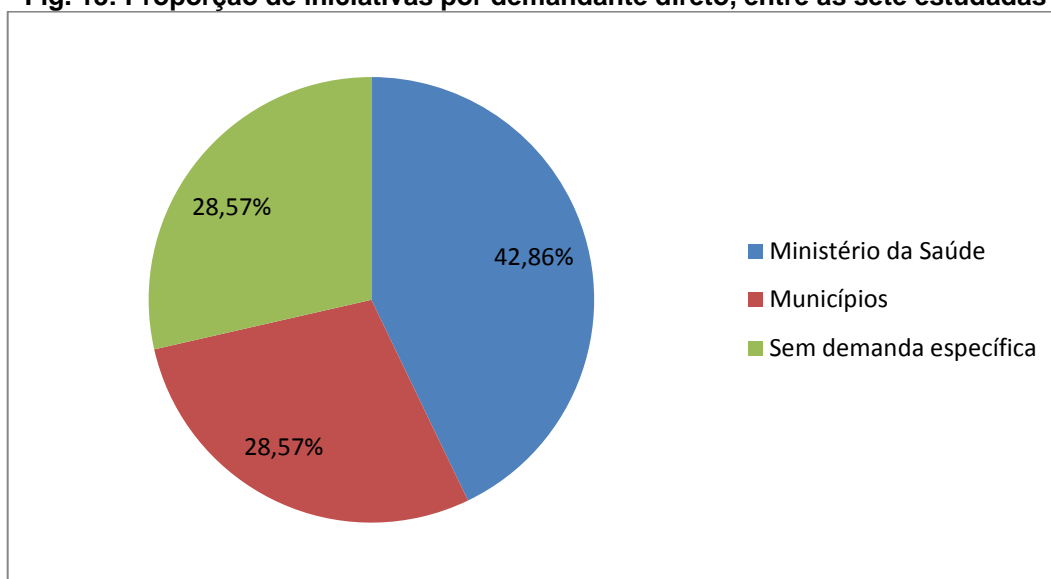
### **5.3. Natureza da demanda e financiamento das iniciativas**

Esse capítulo discutirá os achados pertencentes a duas categorias empíricas deste trabalho: a natureza da demanda e o financiamento das iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG. Dessa forma, ele trata de analisar quem as solicita, induz e/ou financia, e através de quais mecanismos.

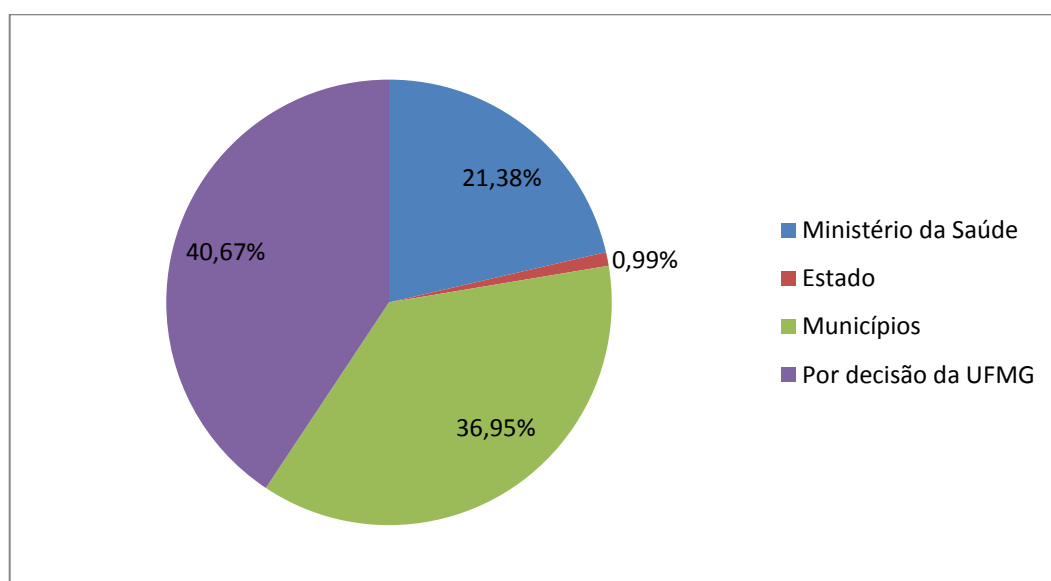
#### **5.3.1. Natureza da demanda**

Considerando a demanda inicial para o desenvolvimento de uma iniciativa, constata-se que três dos cursos estudados foram solicitados diretamente pelo Ministério da Saúde, através da abertura de edital (PITS, Veredas e Residência Multiprofissional em Saúde da Família). Duas foram solicitadas diretamente por municípios (BH-Vida e Odontologia em Saúde Coletiva), e outras duas se desenvolveram por iniciativa das próprias instituições (Primeira oferta do CESF e Ágora). Entretanto, reofertas específicas de alguns cursos foram solicitadas por instituições diferentes da demandante original: a segunda reoferta do Veredas, por exemplo – destinada a coordenadores de Atenção Básica – foi solicitada pela Secretaria Estadual da Saúde, e as demais (uma reoferta para Teófilo Otoni e Pedra Azul, e outra para Ouro Preto) foram solicitadas por esses municípios. Se considerarmos o número de vagas abertas em função de cada tipo de solicitação (a partir da demanda e do número de vagas em cada iniciativa), nota-se que a maioria delas é criada sem uma demanda específica (41,58%). Os municípios aparecem recebendo 36,95% das vagas abertas, e o Ministério aparece com 21,38% dessas vagas. A SES/MG foi responsável pela solicitação de 0,99% do total de vagas. O gráfico 13 mostra a proporção dos demandantes entre os cursos, e o gráfico 14 o faz em relação ao número de vagas abertas para corresponder a cada demanda.

**Fig. 13: Proporção de iniciativas por demandante direto, entre as sete estudadas**



**Fig. 14: Proporção de vagas disponibilizadas por demandante direto**



Apesar da diferença constatada nos gráficos em relação ao Ministério, é necessário ressaltar que esses números tratam da demanda *direta*, e que os cursos ali apresentados como desprovidos de demandas específicas – a primeira oferta do CESF e o *Ágora* –, embora não tenham respondido a um edital, podem ser considerados *respostas* a políticas ministeriais. O primeiro estava previsto no projeto de desenvolvimento do Polo-SF/UFMG, que concorreu a um edital. O segundo, por sua vez, foi articulado levando-se em conta o ambiente favorável a iniciativas em larga escala, uma vez que o Ministério da Saúde explicitou que elas teriam apoio e seriam estimuladas. Deve-se levar em conta também que o financiamento das



iniciativas por demanda municipal ocorreu, via de regra, com recursos federais, como descrito adiante.

Dessa forma, constata-se um papel importante do Ministério da Saúde na demanda de desenvolvimento de cursos de especialização em Saúde da Família na UFMG, embora nem sempre de forma direta. O município é o ente da federação que demandou diretamente o maior número de vagas, e o estado teve um papel eventual, ao propor uma turma de 40 alunos – também financiada pelo Ministério.

### **5.3.2. Financiamento**

Em um documento relativo ao processo de abertura do CESF, em 1999, a Pró-Reitoria de Planejamento da UFMG comunica que o financiamento dessa iniciativa se daria através da *"contrapartida dos serviços estadual e municipais de saúde, tendo em vista a integração desses serviços com os cursos; através de projetos específicos que venham a ser encaminhados a órgãos financiadores; cobrança parcial ou total de alunos"*<sup>81</sup>.

Assim sendo, os possíveis mecanismos de financiamento desse curso e de suas reofertas foram estabelecidos de forma ampla, de maneira a permitir parcerias com as diferentes esferas de governo ou órgãos financiadores específicos. Também não se excluiu a possibilidade de se oferecerem cursos pagos pelos próprios alunos.

Apesar da diversidade de alternativas, o Ministério da Saúde aparece como o grande financiador dos cursos, contribuindo – total ou parcialmente – em todas as sete iniciativas estudadas. Em relação ao número de vagas, o Ministério aparece como financiador, em diferentes graus, de 97,77% delas. Essa conta pode ser ainda maior, ou mesmo alcançar a totalidade das vagas, uma vez que não foi possível aferir o mecanismo de financiamento na turma de Ouro Preto (Veredas) e da segunda reoferta do curso de Odontologia. O financiamento dessas turmas pode tanto ter sido exclusivo do município como do Ministério, ou ainda ter sido misto, se ambas as esferas tiverem contribuído.

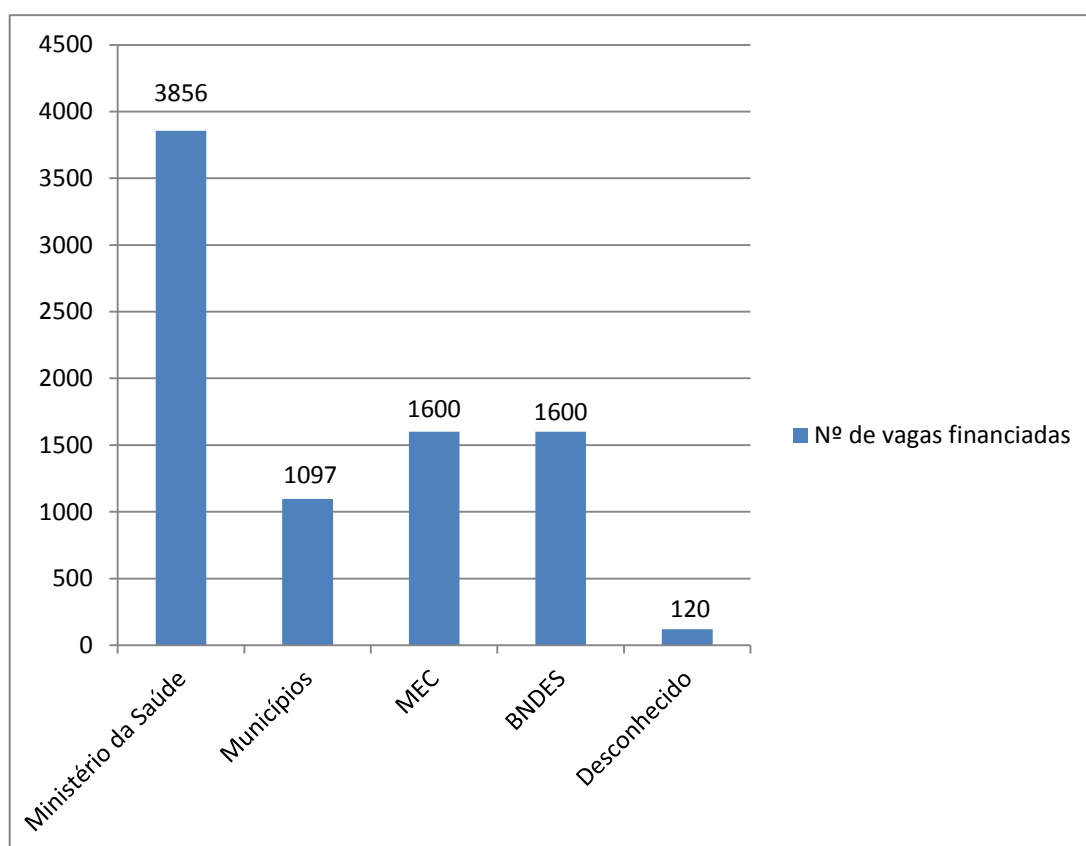
---

<sup>81</sup> Ofício PROPLAN/UFMG 019/99

O Ministério da Educação (MEC) e o BNDES aparecem como financiadores parciais apenas de um curso, o CEABSF. Entretanto, devido ao volume de vagas dessa iniciativa, 40,57% do total de vagas podem ser consideradas como beneficiadas em algum grau pelo recurso dessas instituições. Ressalta-se que a participação de ambas é limitada, uma vez que ambas não participam do custeio geral: o BNDES financiou apenas a produção de material instrucional, enquanto o MEC, através do Sistema Universidade Aberta do Brasil, é responsável apenas pelo pagamento de bolsas a tutores e outros profissionais envolvidos na execução do curso.

Os municípios aparecem como financiadores parciais de 27,84% das iniciativas, embora esse número – a exemplo do Ministério da Saúde – possa ser maior devido às duas reofertas cujo financiamento não pôde ser aferido. A figura abaixo mostra o financiamento por instituição em função do número de vagas. Cabe lembrar aqui que os mecanismos de financiamento não são exclusivos, podendo uma iniciativa receber recursos de várias fontes, como ocorre, sobretudo, com o CEABSF.

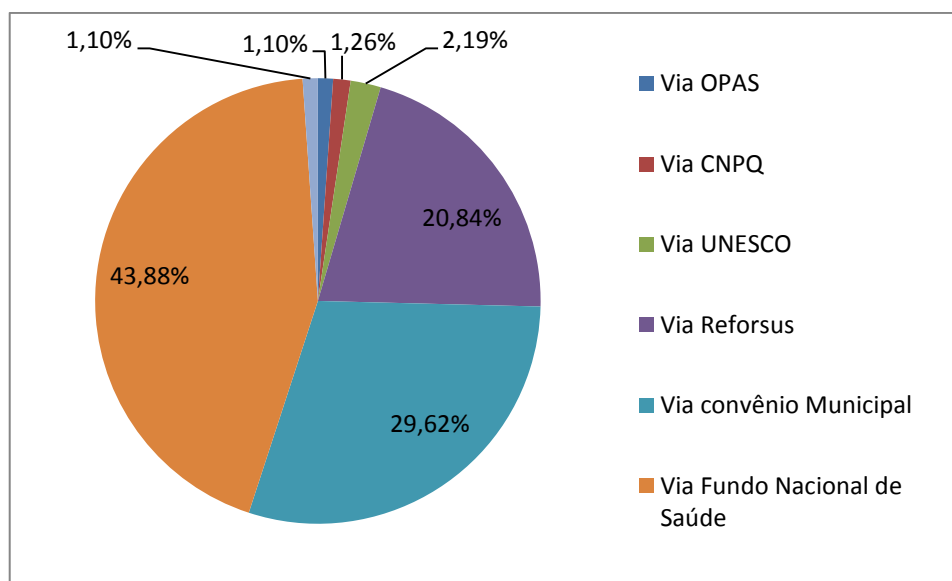
**Fig. 15: Número de vagas financiadas por cada fonte financiadora (total de vagas: 4022)**



Embora não possam ser consideradas financiamento direto, algumas contribuições pontuais foram observadas: os alunos que cursaram a segunda reoferta do Veredas, que atendeu a uma turma especial de coordenadores a pedido da SES/MG, receberam ajuda dessa instituição para se deslocarem a Belo Horizonte, cidade onde ocorriam os períodos de concentração. O PITS, conforme mencionado anteriormente, também era responsável por fornecer moradia e alimentação aos participantes do programa.

Constata-se também uma multiplicidade de formas de repasse e convênios em relação ao recurso proveniente do Ministério da Saúde: seis mecanismos diferentes foram identificados. Na maior parte deles há uma triangulação: o Ministério repassa recursos a uma terceira instituição, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a cultura UNESCO, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ou o próprio município beneficiado com a especialização. Em uma iniciativa (VEREDAS), o recurso repassado pelo Ministério para a execução das duas primeiras reofertas era proveniente do financiamento do projeto *Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde* (REFORSUS) pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A única iniciativa que recebeu recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde foi o *Ágora*, o que faz com que a maioria das vagas (40,57%) tenham sido beneficiadas por essa modalidade de transferência. O gráfico 16 mostra os mecanismos de repasse identificados entre as iniciativas financiadas, direta ou indiretamente, pelo Ministério da Saúde. Nota-se que a maioria dos mecanismos de financiamento não chegou a financiar 6% do total de vagas, o que possivelmente se deve à existência de limitações e imperfeições em cada um deles. Essa diversidade também leva a pensar em uma provável busca, por parte do Ministério da Saúde, por um mecanismo mais adequado de repasse: constatou-se, por exemplo, que a terceira oferta do PITS foi realizada com repasse via UNESCO devido a problemas com a modalidade anterior (Convênio Ministério/CNPq), cujos repasses haviam sido bloqueados pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

**Fig. 16: Proporção de vagas financiadas pelo Ministério da Saúde, direta ou indiretamente, segundo mecanismo de repasse**



Analisando-se o histórico dos cursos de especialização em Saúde da Família na UFMG, é possível constatar a multiplicidade de ações induzidas e financiadas pelo Ministério da Saúde – especialmente entre o final da década de 90 e o início da primeira década do século XXI. Esse período corresponde à consolidação da Saúde da Família como uma estratégia reorganizadora do modelo assistencial e à sua expansão, o que justifica os esforços relativos à qualificação profissional por parte do Ministério. Entretanto, nota-se a concomitância de induções dirigidas à própria universidade: um exemplo disso é o fato de, em um único ano (2001), o Ministério da Saúde ter lançado três editais, dois voltados à especialização (PITS e Veredas) e um à residência multiprofissional – aos quais a UFMG concorreu com êxito. Nesse mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte procurou a universidade para especializar os seus profissionais, ação que também seria financiada em grande parte por aquela instituição.

Essa gama de induções financeiras parece estar na origem da diversidade de iniciativas surgidas na UFMG no início da primeira década do século. Além disso, constata-se a existência de alguns obstáculos ao repasse de cursos dentro dos períodos previstos, o que causou problemas a alguns cursos: representantes de três das sete iniciativas estudadas mencionaram atrasos no repasse financeiro ministerial. Problemas dessa natureza também

foram verificados no âmbito municipal: o repasse da SMSA/BH à universidade pela especialização das duas últimas turmas do curso Odontologia em Saúde Coletiva encontrava-se atrasado em maio de 2010: das doze prestações previstas, apenas duas foram repassadas. Essas turmas terminaram o curso em novembro de 2009. As falas a seguir ilustram as preocupações referentes ao assunto:

O cronograma de desembolso não segue muito o cronograma do curso, e o curso tem um tempo para ser oferecido. Ele tem uma normatização, tem um regulamento, e em alguns momentos, isso é muito complicado pelo cronograma de desembolso financeiro. Tem um atraso muito grande, por parte do Ministério, na avaliação da prestação de contas, atrasando o cronograma de desembolso e interferindo de uma maneira muito complicada no cronograma de oferta do curso... (Entrevista n.º 3).

As entradas não obedeciam às datas da universidade, então nós estourávamos tudo que é data, né, a gente ia de acordo com a vontade do Ministério... vai começar agora, mas o calendário escolar é esse! Então a gente detonava tudo (Entrevista n.º 10).

Nota-se, portanto, que os problemas de repasse constituem-se em fontes de desgaste para os profissionais envolvidos nos cursos e entre a sua coordenação e a universidade, uma vez que eles são causas frequentes de atrasos de cronogramas. Lembra-se que, no caso da Residência Multiprofissional, a falta de repasse – não por insuficiência de recursos, mas pela impossibilidade de realizá-lo – levou ao abandono do programa pelos residentes e ao acionamento das comissões nacional e estadual de residência médica, o que gerou uma crise institucional.

A última Política Nacional de Educação Permanente, instituída pelo Ministério da Saúde através da portaria n.º 1.996, de 2007, prevê a descentralização de recursos destinados a ações de capacitação profissional, que seriam então pactuadas regionalmente. Apesar disso, o Ministério – provavelmente em razão da execução insuficiente de iniciativas de especialização em Saúde da Família à época dos polos de Educação Permanente, que se constituiu em uma primeira tentativa de descentralização – segue financiando diretamente esses cursos como parte da estratégia de qualificação maciça dos profissionais de Saúde da Família conduzida pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

## **5.4. Relações institucionais e administrativas para a execução dos cursos**

Este capítulo se dedicará à análise de duas categorias empíricas: a primeira, relativa às articulações institucionais entre as unidades da UFMG para a concepção e viabilização do curso. Essa categoria é importante devido ao caráter intrinsecamente multiprofissional daquela estratégia, o que naturalmente pressupõe a oferta de cursos interdepartamentais. A segunda associa-se às articulações no âmbito administrativo visando à sua tramitação, apreciação e aprovação nas instâncias competentes da universidade.

### **5.4.1. Relações institucionais interunidades**

No que diz respeito às relações entre departamentos e unidades participantes, embora a maioria tenha-se reportado à existência de boas relações entre os departamentos e as unidades envolvidas, alguns conflitos foram relatados por alguns entrevistados ou constatados pela análise documental. Um deles é relativo à falta de entendimento dessas três unidades com o Hospital das Clínicas, que não havia aceitado a institucionalização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, logo após a crise vivida por essa iniciativa. A falta de acordo fez com que o recurso do Ministério da Saúde captado fosse devolvido.

Outro conflito levantado a partir de documentos oficiais diz respeito à participação de alguns departamentos e unidades durante a elaboração do projeto do CESF, entre 1998 e 1999: pelo menos um departamento e uma unidade da UFMG, chamados a emitir pareceres sobre o processo, manifestaram alguma contrariedade: o parecer do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, embora tenha sido favorável à aprovação do curso, deixou registrada uma insatisfação devido à sua pouca participação na concepção de uma iniciativa que teria conteúdos por ele ministrados. Também a diretoria da Faculdade de Odontologia se queixou, por escrito, de não haver sido convidada a participar do processo de construção do CESF em 1998. Essa unidade só entraria em uma especialização de Saúde da Família em 2001, durante a concepção do Veredas. Esses eventuais problemas específicos de apoio departamental, contudo, parecem ter sido superados a partir da participação constante dos mesmos departamentos das Faculdades de Medicina e Odontologia, bem como da Escola de Enfermagem, nas diferentes iniciativas posteriores.

Acho que nós tínhamos um apoio muito grande (...) das direções da escola, das unidades envolvidas. Tivemos alguma dificuldade, mas não foi tão significativa assim, de alguns departamentos. Não uma rejeição, mas um processo de tramitação um pouco mais demorado em alguns departamentos participantes... (Entrevista n.º 3).

Em duas entrevistas, entretanto, foram mencionados conflitos entre as duas categorias profissionais que iniciaram as articulações para a oferta dos cursos. Em ambas as iniciativas correspondentes, o desconforto surgiu devido à separação entre os profissionais médicos e enfermeiros em alguns momentos, em duas das iniciativas. Em uma delas, a resistência foi observada pelos docentes que contribuía para a concepção do curso. Em outra, foram os alunos que manifestaram o desconforto com a separação.

Com a enfermagem, de início a gente teve muito atrito, (...) por causa da nossa postura de ter conteúdos específicos para cada categoria. Foi um momento de muita tensão, porque a enfermagem não admitia muito: se era equipe, você tinha que estar junto (Entrevista n.º 2).

Essa questão suscita uma discussão importante: na maioria dos cursos de especialização em Saúde da Família da UFMG, não há diferenças de conteúdos para profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, uma vez que não há competências profissionais específicas para a aprendizagem ou o exercício de atividades como o planejamento do processo de trabalho, o diagnóstico situacional e a abordagem do coletivo de uma forma geral. Entretanto, vários cursos discutem também componentes clínicos específicos de uma e outra profissão, e é nessa especificidade que se instala o conflito descrito. Dos sete cursos estudados, apenas três tiveram algum grau de separação entre os profissionais durante suas atividades.

A divisão dos profissionais médicos e enfermeiros em tempo parcial do curso, assim como os argumentos técnicos e corporativos existentes tanto a favor como contrários à mesma, mereceriam um estudo específico. Embora ambas as profissões possuam um escopo de atividades em comum na atenção básica, obviamente continuarão a existir competências específicas, e o seu conhecimento, assim como das causas subjacentes ao desconforto relatado, devem ser aprofundados com vistas ao aperfeiçoamento tanto dos cursos de especialização em Saúde da Família como da relação que se estabelece entre esses profissionais.

### 5.4.2. Relações administrativas

Sobre as relações no âmbito das instâncias administrativas, como diretorias de unidades, Reitoria e as Pró-Reitorias, dois aspectos podem ser constatados: o primeiro diz respeito à existência de apoio e ao empenho pessoal dos dirigentes universitários na viabilização das iniciativas, conforme apreendido nas entrevistas com coordenadores de cinco das iniciativas estudadas:

Eu acho até que ele [o curso] conquista uma posição muito favorável, assim no discurso dos dirigentes. Então, quando se fala em Saúde da Família, o discurso do reitor é positivo, o do pró- reitor de extensão e do de pós-graduação são positivos. Isso é lógico que ajuda politicamente na relação com secretário de estado, com o secretário municipal de saúde... (Entrevista n.º 9).

São os gestores de dentro da universidade que têm uma sensibilidade muito grande para a questão da realidade, com a questão da demanda dos serviços, e que por isso conseguem entender e trabalhar esses mecanismos que ajustam o tempo da universidade, que é muito lento em relação ao tempo do serviço... (Entrevista n.º 10).

Tivemos o apoio da Reitora na época. Então, eu acho que, como, aliás, em todos os projetos de capacitação do SUS, eu acho que a UFMG tem dado um apoio político importante (Entrevista n.º 3).

O segundo aspecto, em que pese o apoio político recebido dos dirigentes universitários, está relacionado às dificuldades que são percebidas em relação à tramitação dos projetos dentro da universidade. Queixas em relação à demora e às dificuldades enfrentadas aparecem em entrevistas com seis coordenadores, responsáveis por cinco das iniciativas estudadas.

É muito difícil, né! (...) Você fazer um curso de especialização dentro de uma estrutura como é a UFMG, muito pesada, é muito complicado. Você fazer o projeto, o projeto ser aprovado nas várias instâncias, você começa na câmara departamental, depois na Faculdade de Medicina ou outras unidades que estariam envolvidas... (...). O nível de exigência é muito grande, é muito difícil (...). Não é ágil, definitivamente... (Entrevista n.º 2).

As dificuldades de tramitação das iniciativas percebidas pelos coordenadores entrevistados conduzem a uma discussão importante, um ponto fundamental de conflito entre a universidade e os gestores de saúde: estes precisam lidar com a grande necessidade de qualificação profissional trazida pelo advento e expansão da Saúde da Família, usualmente



articulando propostas com as universidades para minimizar esse déficit, e frequentemente devem realizar ações em prazos muito curtos de tempo – seja devido a emergências, seja por conta de prazos eleitorais. Por outro lado, a universidade possui um ritmo próprio, ou um "tempo político", diferente daquele dos gestores, uma vez que a sua existência e autonomia não estão sujeitas a mandatos ou emergências. Além disso, essa instituição tem o dever de prezar pela qualidade e viabilidade de todas as propostas de cursos de especialização que nela tramitem, ainda que esse processo leve um tempo prolongado. Esclarecida essa diferenciação básica entre ambas as instituições, ressalta-se que muitas iniciativas de especialização em Saúde da Família, por conta de editais e/ou prazos impostos por gestores de saúde, precisam tramitar mais rapidamente do que o normal e, às vezes, o cronograma de alguns cursos acabam por conflitar com o calendário oficial da UFMG. Esses fatos costumam ser causas de desgastes e conflitos: o curso do PITS, por exemplo – programa instituído oficialmente no primeiro semestre de 2001 – teve que começar as atividades ainda nesse mesmo período, ao final do semestre letivo. Há, geralmente, uma pressão por conta dos coordenadores de curso e dos financiadores para que os cursos tramitem em uma velocidade diferente da habitual:

[O curso] é tratado como um curso qualquer... a gente que às vezes vai e pressiona e fala, igual da última vez que eu fui conversar com um advogado por causa de contrato, tem muita coisa envolvida nisso, tem o Pró-saúde, tem a relação com a Prefeitura, tem o convênio com o SUS, se você não resolver isso (...). Então eu falei pra ele: isso não é um curso de especialização que a gente está deixando de dar, é muito mais que isso... (Entrevista n.º 6).

Você não vê uma demanda de um órgão externo para que a universidade crie um doutorado, mas os cursos de especialização, eles são demandas da sociedade, seja de mercado, seja do próprio Estado, e têm um tempo, os governantes têm um tempo político e têm necessidades que são muito de momento. Então, a oferta também, se ela demora muito, acaba passando esse tempo. (Entrevista n.º 3).

Essas situações geram preocupações entre alguns coordenadores de curso, que passam a refletir sobre o problema e a buscar soluções:

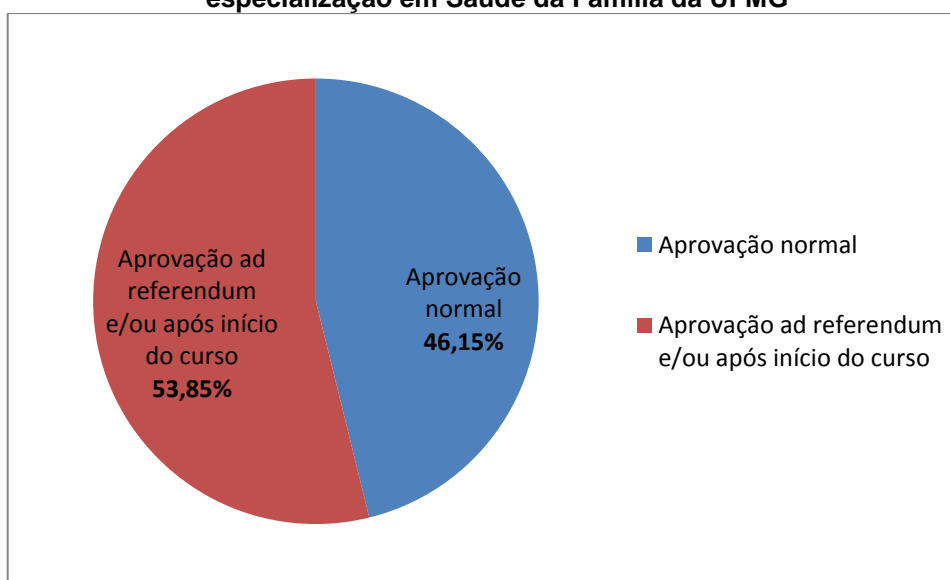
Eu acho que a gente tem que, como universidade, refletir um pouco isso: como, não perdendo esse processo de avaliação, de adequação, de relevância, que é feito, ter a agilidade necessária para responder, em tempo, as demandas sociais... (Entrevista n.º 3).

Eu acho até que deveria, na universidade, ter uma diretoria institucional, deveria ter alguém lá que cuidasse disso especificamente na relação

institucional (...), porque a gente vai conseguindo as coisas por sensibilizar as pessoas, mas não é oficial... (Entrevista n.º 6)

Apesar dos conflitos relacionados ao trâmite das propostas, constata-se que a universidade busca atender aos prazos solicitados pelos gestores e/ou coordenadores de curso: de todas as vagas ofertadas desde 1999 em iniciativas de especialização, a maioria (53,83%) foi aprovada fora do trâmite normal – *ad referendum* ou após o início do curso. A figura abaixo ilustra essa proporção:

**Fig. 17: Proporção entre vagas aprovadas normalmente e *ad referendum*, ou após o início das atividades didáticas, entre as iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG**



Se, por um lado, essa medida contribui para viabilizar algumas iniciativas que de outra forma se perderiam; por outro, gera desgastes frequentes. Em ata de reunião realizada com representantes das unidades envolvidas e da coordenação de cursos<sup>82</sup>, foi registrada fala do pró-reitor segundo a qual a Pró-Reitoria de Pós-Graduação "*continuará fazendo todo o possível para agilizar e aprovar cursos que atendam a editais voltados para políticas públicas cujos prazos são exíguos*". Entretanto, não mais seriam analisadas "*propostas de criação ou reoferecimento dos cursos que iniciem suas atividades irregularmente, antes da aprovação formal das instâncias competentes*".

<sup>82</sup> Ata redigida pela Assessoria Acadêmica, referente à reunião em 30 de agosto de 2004.

Os problemas causados por essa diferença de ritmo entre ambas as instituições são estruturais, e não conjunturais, uma vez que tais ritmos são intrínsecos às respectivas instituições, e não é provável que mudem a curto prazo. Por esse motivo, a menos que ambas as instituições repensem conjuntamente o modelo de demanda e resposta às necessidades de especialização em Saúde da Família, esses problemas tenderão a acontecer novamente. Essa questão será discutida em maior profundidade nos comentários finais deste estudo.

O próximo capítulo irá discutir a integração entre as iniciativas de especialização em Saúde da Família da UFMG com os serviços e com os cursos de graduação das unidades envolvidas em sua oferta.

## 5.5. Integração com os serviços e com a graduação

A integração com os serviços está presente em todas as sete iniciativas estudadas, ainda que em graus diferentes. A participação de profissionais do serviço e gestores de saúde na concepção das propostas de curso é frequente e foi mencionada em seis das sete iniciativas, tendo sido mais expressiva nos cursos que ocorreram por demanda municipal direta (BH-Vida e Odontologia em Saúde Coletiva). Nas demais iniciativas, essa participação ocorreu de forma mais discreta, sobretudo através da presença de algumas pessoas de instituições do âmbito estadual, como a ESMIG, a FHEMIG e a própria SES/MG. Profissionais da rede de saúde tiveram uma participação importante nas reflexões posteriores sobre a concepção de uma dessas iniciativas, posteriormente. As falas a seguir demonstram a participação de profissionais do serviço no delineamento de algumas iniciativas:

Foi um curso em que cada disciplina foi muito discutida, não só com as pessoas do nível técnico da secretaria como na faculdade... (Entrevista n.º 2).

Foi criado inicialmente um grupo menor, que, junto com a Secretaria Municipal de Saúde (...), com o pessoal de recursos humanos da Secretaria, começou a desenhar a matriz curricular... (Entrevista n.º 3).

Essa participação era, por vezes, facilitada por pessoas específicas, com trânsito na universidade e nos serviços.

[Havia] dois professores (...) que eram também funcionários da secretaria municipal, então eles faziam uma ponte aqui com os professores da UFMG (Entrevista n.º 2).

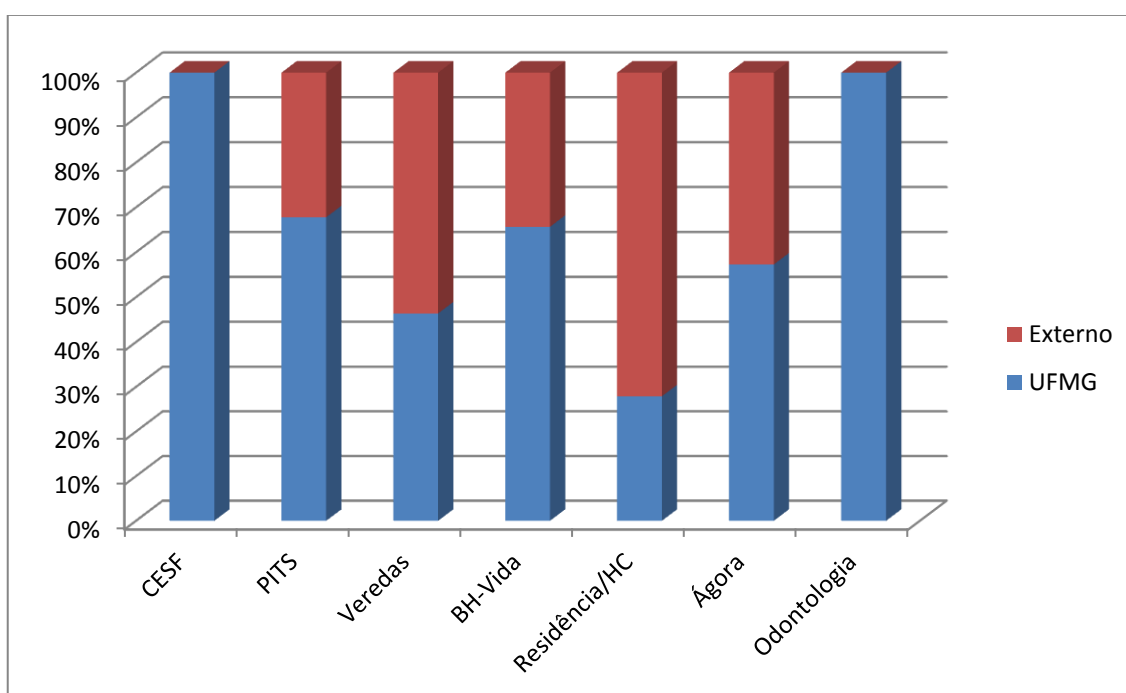
A presença de profissionais dos serviços no corpo docente dos cursos, ou como preceptores e tutores, é mais expressiva numericamente do que na concepção das propostas, ocorrendo também em seis das sete iniciativas. As duas próximas falas descrevem, respectivamente, o mecanismo usado por uma iniciativa para recrutar docentes locais e os lugares nos quais outra iniciativa buscou profissionais:

Quando [o coordenador de disciplina] inicia esse trabalho, ele faz esse levantamento das possibilidades de participação de pessoas daquele município, daquele serviço, participar do curso. Então, de acordo com a indicação desses gestores, nessas possibilidades, as pessoas participam... (Entrevista n.º 11).

Nós trouxemos pessoas da área de saúde, eram pessoas que coordenavam processos na secretaria estadual de saúde (...) para mostrar essa visão do gestor de saúde (...). São referências técnicas validadas, de Hanseníase, de Hipertensão, de Diabetes. Utilizamos aqui também o grupo de saúde do adolescente, aqui da UFMG; junto com a secretaria, a parte judicial, do estatuto do adolescente, do idoso, para discutir com eles essas interfaces, lidar com esses problemas de saúde, então a gente trazia pessoas de fora também... (Entrevista n.º 7).

O gráfico abaixo mostra a proporção entre docentes vinculados oficialmente à UFMG e externos a ela, segundo as relações de corpo docente em poder da Assessoria Acadêmica, órgão da Pró-Reitoria de Pós-Graduação<sup>83</sup>. Nem todos os externos são necessariamente do serviço, uma vez que alguns são vinculados a outras instituições acadêmicas, embora sejam uma minoria:

**Fig. 18: Proporção entre docentes vinculados à UFMG e externos nos sete cursos**

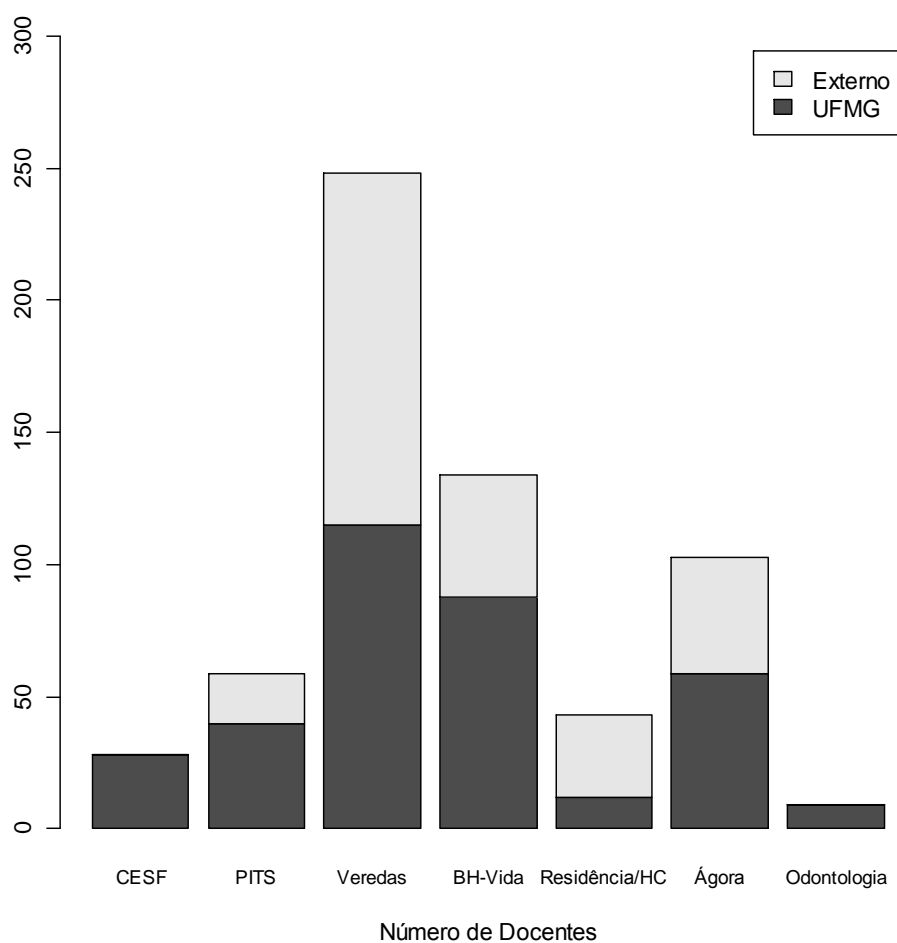


Nota-se que a maior proporção de profissionais externos está presente na Residência multiprofissional, o que condiz com o seu caráter de formação em serviço. A segunda maior proporção de docentes externos encontra-se no Veredas, e a terceira, no Ágora – curso

<sup>83</sup> As informações sobre o corpo docente da residência foram obtidas através de documentos obtidos com um ex-coordenador do programa, uma vez que não se encontravam na Assessoria Acadêmica ou na COREME/HC.

conduzido basicamente por tutores – que são, em sua maioria, profissionais do serviço. O curso de Odontologia em Saúde Coletiva aparece sem profissionais dos serviços por não tê-los registrado na lista original do corpo docente, embora existam alguns. O gráfico abaixo mostra novamente a relação entre profissionais vinculados à UFMG e externos, porém discriminando também a quantidade absoluta de docentes em cada curso:

**Fig. 19: Quantidade de docentes por curso e proporção entre profissionais da UFMG e externos**



Como se pode ver, das três iniciativas que especializaram um maior número de profissionais – Veredas, BH-Vida e Ágora – a primeira detém o maior número absoluto de docentes. Em seguida, vem o BH-Vida. Apesar de ser numericamente superior a ambas, em termos de alunos, o Ágora se encontra em terceiro lugar por não ser um curso presencial. As outras iniciativas especializaram menos profissionais, e isso se reflete no tamanho do seu corpo

docente, embora esse baixo número possa se dever também, conforme mencionado acima, ao não registro de preceptores ou docentes do serviço na lista oficial do corpo docente.

Apenas em duas iniciativas ocorreram atividades práticas realizadas diretamente nos serviços, contabilizadas na carga horária dos momentos de concentração: na residência, devido ao seu caráter intrínseco de treinamento em serviço, e no PITS, que estabeleceu acordos com hospitais da rede FHEMIG e com ambulatórios do HC/UFMG para que seus alunos pudessem vivenciar situações práticas. Todas as demais iniciativas, entretanto, estavam, de alguma forma, relacionadas às unidades de saúde nas quais trabalhavam seus alunos, uma vez que todas possuíam atividades de dispersão que deveriam ser praticadas nos serviços, embora nem sempre sob supervisão direta de algum docente ou tutor.

As relações com os cursos de graduação, por sua vez, são menos significativas do que aquelas com os serviços. Essas relações poderiam, em tese, beneficiar ambas as partes, a partir de discussões conjuntas sobre a teoria aprendida e a realidade enfrentada por, respectivamente, pós-graduandos e alunos de graduação. A participação de professores e preceptores em tais momentos, ou até mesmo o compartilhamento de docentes por ambos os programas, poderia também incentivar mudanças curriculares na graduação que se considerassem necessárias a partir dessa convivência. Entretanto, apenas uma iniciativa – a residência – buscou manter laços no dia a dia com alunos de um curso de graduação. Essa experiência, no entanto, não foi exitosa, uma vez que graduandos e residentes competiam pela autonomia em serviço:

A minha proposta era essa: uma equipe formada pelos profissionais da equipe, o residente e o aluno, essa era a equipe. Mas o aluno e o residente arranjaram 'n' justificativas pra não ficarem juntos, e as justificativas eram de toda natureza, até o momento que eu entendi que eles não queriam... (Entrevista n.º 10).

O Veredas recebeu, em uma turma específica, apenas profissionais provenientes de cidades que mantinham convênios de internato rural com alguma unidade da UFMG. A intenção expressa era a consolidação de laços mais fortes com a graduação. Entretanto, essa relação acabou se tornando mais institucional, sem uma participação constante de alunos de graduação.

As iniciativas de especialização em Saúde da Família tampouco mantêm laços formais com as comissões do Pró-Saúde nas unidades envolvidas (Medicina, Odontologia e Enfermagem), embora um dos eixos desse programa esteja relacionado ao papel da capacitação profissional na mudança do ambiente de ensino. Entretanto, relações informais acabam se formando a partir da participação dupla, de alguns docentes, nos cursos e nessas comissões:

Só boa vontade. Na prática não existe nada... As pessoas, especificamente, me parece que nenhuma delas está, assim; visceralmente envolvida... (Entrevista n.ª 1)

O Pró-Saúde foi um processo posterior, ele se valeu disso tudo, o tempo inteiro, mas ele não teve necessariamente uma interface não, não construíram... (Entrevista n.ª 11)

Eu faço a ponte, mas oficialmente a gente não fez nada disso não (...). São as mesmas pessoas, infelizmente são os mesmos sempre nessa área... (Entrevista n.ª 6)

A necessidade que eu sinto, muito grande, é que um dia todo mundo se sentasse junto: quem está fazendo o PET-Saúde, quem está no Pró-Saúde, quem está na especialização... que fizesse um grande evento, que se juntasse todo mundo, exatamente para utilizar a força dos cursos e principalmente as ideias, então esse desejo eu tinha, porque muitas vezes a gente fica conversando paralelamente, né! (Entrevista n.º 5)

Embora não tenha havido uma relação expressiva direta entre os cursos de especialização e a graduação, em quatro entrevistas foi reconhecido algum impacto sobre os cursos de graduação a partir da mudança de visão dos docentes que davam aulas em ambos, ainda que não houvesse um esforço específico para a ocorrência desse intercâmbio:

Eu acho que a partir desse curso de especialização, houve uma mudança muito grande dos professores da forma que viam essa questão da atenção primária (Entrevista n.º 2).

A maior parte deles [docentes] participava de projetos de ensino na graduação, ligados à Atenção Primária, como por exemplo, o internato rural, tanto da enfermagem, como da medicina, e também os ambulatórios periféricos, que eram a base do curso da Pediatria e da Clínica Médica na Faculdade de Medicina. Então, acho que traz um pouco essa experiência e, é claro, que todo esse processo do curso reverte, de alguma maneira, para o ensino de graduação. Mas não vejo que tenha tido alguma intencionalidade nisso (Entrevista n.º 3).

Imagino que algumas pessoas mudaram também, eu acho que sim. O Caminhar também da UFMG com o internato rural, eu acho que traz essa



mistura... é por coincidência que eu fui para o internato? Ou eu fui para o internato porque eu estava no polo? (Entrevista n.º 8)

Eles não conheciam o PSF, nós não conhecíamos, nós fomos dar aula aprendendo o que é PSF. Muitos dos professores daqui, da Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas, viam e começavam estudar, a trabalhar e conhecer o PSF, e levar para o currículo da graduação... (Entrevista n.º 11).

Um único esforço concreto que gerou frutos para a graduação foi mencionado em algumas entrevistas: trata-se de um livro específico de pediatria para profissionais da Atenção Primária, elaborado a partir do material produzido para uma das iniciativas e que, posteriormente, passou a ser adotado também na graduação.

Então, o pessoal da pediatria conseguiu produzir um material que aproximava muito do que a gente tinha idealizado. Esse material, inclusive, posteriormente, ele foi transformado em um livro-texto que, hoje, é bastante utilizado, pelo menos, pelos alunos da UFMG. Mas a gente viu também, alguns conteúdos produzidos com muito viés e muito com a visão de especialista (Entrevista n.º 3).

[Houve] um salto muito grande na qualidade, que eu acho que foi o embrião do livro-texto que a pediatria fez, então o grupo da pediatria avançou mais e depois com essa discussão com mais de 6 meses, eles construíram um livro de pediatria em atenção primária (Entrevista n.º 2).

Há, portanto, relações estabelecidas, em maior ou menor grau, entre as iniciativas de especialização em Saúde da Família e os serviços. Elas ocorrem na concepção e na execução dos cursos, embora de maneira diferenciada entre as iniciativas. A relação com os cenários de prática se dá principalmente de forma indireta, a partir da realização de atividades de dispersão que envolvam o contexto do serviço. Não há laços diretos com a graduação, embora haja docentes que façam parte das comissões do Pró-Saúde. Alguns entrevistados relacionam mudanças de visões em alguns professores de graduação ocorridas a partir de sua atuação nas iniciativas de especialização em Saúde da Família. Entretanto, considerando-se a integração docente-assistencial como uma "união de esforços em um processo de crescente articulação" entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas, como discutido no marco teórico deste estudo, constata-se que as ações realizadas, excetuando-se aquelas executadas conjuntamente a partir de demanda de gestores municipais, ainda mantêm um caráter de eventualidade. Ressalta-se ainda que os mecanismos mais comuns de recrutamento de pessoas do serviço

preveem uma relação direta entre a iniciativa e esse profissional, não passando necessariamente por uma real articulação com o sistema de saúde.

## 5.6. A interação entre os cursos

Todas as sete iniciativas estudadas relatam algum grau de interação com algumas outras. Entretanto, a maior parte das relações estabelecidas se resumia basicamente a atividades administrativas conjuntas e na existência de professores em comum, embora algumas iniciativas, por vezes, trocassem informações em espaços informais.

A maior interação ocorreu, sobretudo, entre os cursos PITS, Veredas e BH-Vida, uma vez que, oficialmente, tratava-se de reofertas do mesmo curso de especialização, o CESF. Por esse motivo, essas iniciativas possuíam representantes em uma comissão de coordenação geral, conhecida como *Comissão de coordenação didática do curso de especialização em saúde da família*, que tratava de assuntos administrativos gerais e de atividades que envolvessem algum contato com a reitoria ou pró-reitorias. Em uma entrevista, foram relatados intercâmbios informais ocorridos entre o Veredas e o BH-Vida, sobretudo no âmbito daquela comissão:

No começo tinha também o PITS na comissão, aí o PITS acabou e ficaram o BH VIDA e o Veredas, então muitas vezes a gente discutia alguma coisa antes [das reuniões]: as atividades, a montagem do curso... (Entrevista n.º 11).

Era muito trabalho nos dois cursos, então eu comecei a participar de algumas discussões do BH VIDA. Muitos professores continuaram trabalhando, dando aula no BH VIDA e aqui também (...), então tinha uma relação dessa forma. Agora, por parte da coordenação, eles também estavam bem ocupados. Havia uma troca pequena, o professor (...) pedia: "Como vocês fizeram isso assim e assim? Encaminha para a gente!", a gente mandava por e-mail, eu mandei para ele várias vezes, então teve ajuda desse tipo (Entrevista n.º 11).

Nota-se que a relação entre as duas iniciativas foi descrita, nas falas seguintes, como uma *divisão de trabalho* por ambas. Se essa caracterização, por um lado, denota um entendimento prévio entre os dois cursos, por outro pode ser também interpretada como uma "demarcação de território", uma busca de coexistência pacífica sem que houvesse necessariamente um grau maior de intercâmbio.

Então teve uma divisão do trabalho: nós nos ocupamos de estruturar esse projeto aqui, que a gente apelidou de Veredas, e o BH VIDA ficou a cargo do NESCON (Entrevista n.º 11).

Houve quase que uma divisão: a Faculdade de Medicina, através do NESCON, se responsabiliza pela formação em Belo Horizonte e a Enfermagem pelo interior do estado (Entrevista n.º 3).

Várias falas apontam uma maior semelhança entre as três primeiras iniciativas (CESF, PITS e Veredas, particularmente entre as duas primeiras) o que provavelmente ocorreu não só devido ao caráter de reoferta do mesmo curso e a proximidade cronológica de sua concepção, mas também pela semelhança das abordagens adotadas e do corpo docente. Ressalta-se também que tanto a primeira oferta do CESF como o PITS foram coordenados pela mesma pessoa. Ainda assim, há algumas diferenças, entre ambos – a maioria devido à busca de se atenderem às necessidades dos alunos desta última, que possuíam um perfil diferente do das demais.

Na coordenação do primeiro curso, a gente apanhou bem, tinha que construir todo aquele conteúdo... adaptar a grade curricular foi uma ginástica difícil. Então o PITS veio como se fosse uma encomenda, que a gente adaptou dentro da nossa grade curricular, veio do Ministério da Saúde. Então não diferenciou muito do primeiro curso, a gente foi mudando um pouco o conteúdo, adaptando as necessidades do aluno lá da ponta (...). [Os outros cursos] usaram muito da grade que nós tínhamos, o próprio pessoal da comissão era da comissão dos outros, então eu acho que houve uma transferência da experiência (Entrevista n.º 7).

O PITS foi um curso que seguiu mais a matriz curricular original do curso de especialização. O BH-Vida, apesar de ser o mesmo curso do ponto de vista da formalização na Pró-Reitoria de Pós-Graduação, nós fizemos adaptações muito maiores. E o Veredas também seguiu mais a matriz original do curso de especialização, que também trabalhava com outros nomes, mas trabalhava muito nessa linha do ciclo de vida (Entrevista n.º 3).

O BH-Vida, que foi a quarta iniciativa a aparecer cronologicamente, possuía características contraditórias em relação aos demais cursos desenvolvidos até então: por um lado, todos eles "descendem" oficialmente do mesmo ramo – o CESF original. Por outro, está claro que o seu delineamento guardou semelhanças apenas gerais com os outros, como a manutenção das cargas horárias de concentração e dispersão. A concepção do BH-Vida se deu a partir de discussões de sua coordenação com áreas técnicas e com os docentes recém integrados, sem que se levassem em conta as abordagens já realizadas nos outros cursos. Após esse processo, foi feita uma equivalência das disciplinas resultantes com as que já existiam formalmente (as grades curriculares de todas as iniciativas encontram-se nos anexos de 01 a 08).

Ressalta-se que, em nenhuma das iniciativas, foi cumprida a grade original: até mesmo cursos com maior grau de semelhança, como a primeira oferta do CESF, o PITS e o Veredas, fizeram alterações na composição dos módulos, por vezes até mesmo fundindo disciplinas diferentes para dar a eles uma carga horária maior, e em arranjos diferentes entre si. Essas alterações se devem ao fato de a grade curricular original trabalhar com linhas temáticas, e não com ciclos de vida – algo que se decidiu, *a posteriori*, ser uma melhor opção para um curso de especialização em Saúde da Família. A necessidade de equivalência entre as disciplinas formais e módulos que trabalhassem com ciclos de vida foi avisada formalmente à PRPG pela comissão de coordenação didática do CESF através de ofício:

Outra discussão que vem ocorrendo é sobre a grade curricular do curso, que tem-se mostrado inadequada para uma formatação mais atualizada e flexível para cursos de Especialização em Saúde da família. Seguindo essa tendência de formatação de curso, e pela necessidade atual de atender aos projetos em execução, equivalências das disciplinas estão sendo realizadas, obedecendo às ementas das disciplinas oficiais, para atender às propostas de formato de curso contidas nos projetos (Ofício da Comissão de Coordenação didática do CESF à Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG).

Essa discrepância, ainda que tenha demandado um esforço extra na concepção da primeira oferta, teve um papel importante na busca de agilidade na resposta às demandas feitas pelo Ministério e pelo município de Belo Horizonte nos anos posteriores à aprovação do CESF, uma vez que possibilitou a tramitação de reofertas adaptadas em vez de se iniciar um novo curso, o que levaria mais tempo (esse pode ter sido, inclusive, um dos motivos pelos quais a grade não foi alterada nos seus onze anos de uso). Assim sendo, o BH-Vida – embora não esteja historicamente vinculado aos cursos anteriores, tendo sido concebido à parte dos mesmos – passou a ser visto formalmente como uma "oferta-irmã" das demais ao ser tramitado como uma reoferta do CESF.

É o mesmo curso até hoje. Tanto o PITS como o Veredas e o BH VIDA, todos são o mesmo curso. Perante a Pró-Reitoria, esse é o curso que tem lá. O que aconteceu, e a reitoria sabe, por que a gente presta conta através dos relatórios, é que cada um desses cursos se adequou à necessidade para onde ele estava sendo oferecido (Entrevista n.º 11).

Essa situação foi – nos dizeres de alguns entrevistados, como se verá a seguir – geradora de conflitos. Dois contextos distintos foram se delineando: em um deles, os cursos possuíam autonomia, sendo executados de forma independente no dia a dia, com mecanismos distintos de financiamento e clientela por vezes também distintas. Em outro, todos eram considerados parte integrante de um mesmo curso e, portanto, precisavam estabelecer algumas articulações entre si para responder a demandas da pós-graduação ou encaminhar reofertas subsequentes de cada uma das iniciativas. Dois entrevistados mencionaram a existência de conflitos entre esses cursos:

Não houve cooperação entre os três cursos, o que trazia muita dificuldade para a reitoria, que ficava louquinha, porque chegava lá o projeto do PITS, chegava lá o projeto Veredas... na concepção deles, e na minha cabeça também, era um curso só, mas isso não passava na cabeça de nenhum coordenador, eu acho que só na minha passava (...). Então houve uma disputa interna muito grande, então cada um defendia seu espaço, e não havia nenhuma cooperação entre os cursos (...), houve até muito conflito interno com muita dificuldade lá na reitoria na aprovação do curso... (Entrevista n.º 7).

Chama a atenção a inexistência de um espaço formal, ou mesmo de uma política universitária, destinados ao intercâmbio entre as diferentes iniciativas. Uma instância com essa finalidade, desenvolvida de acordo com uma política de agregação e intercâmbio entre as iniciativas, poderia, entre outras coisas, ajudar na mediação de conflitos, favorecer a troca de lições aprendidas, de conteúdos ou outras experiências acumuladas e, também, representar os cursos no acompanhamento de processos administrativos, trâmites de reofertas e diligências.

É importante destacar que houve uma tentativa, por volta dos primeiros anos de coexistência entre PITS, Veredas e BH-Vida, de se criar um fórum permanente para o debate e o intercâmbio entre os cursos. Embora não tenha sido encontrada documentação específica sobre esse acontecimento, menções a ele foram ouvidas em entrevistas, ainda que todos os que o fizeram tenham destacado o seu insucesso.

Eu acho que esse "guarda-chuva" não deu muito certo não. Bom, pelo menos acho que tentavam gerenciar esses conflitos de interesse (...). Eu acho que esse Profamília não foi pra frente, acabou cada um fazendo do seu jeito e pronto. Porque o conflito de interesse era muito forte e quando você tem muito conflito de interesse é muito difícil aceitar quase que outro

interventor, né, então não deu muito certo não. Só me lembro de uma reunião e nunca mais participei, e depois o negócio acabou (Entrevista n.º 7).

Mas também não foi para a frente, eu acho que a nossa área tem essa questão dos poderes locais, que também têm um peso muito grande, né? (...) Embora pareça fácil, acho que isso às vezes torna mais difícil a gente construir esses programas (Entrevista n.º 9).

Escolheu-se o nome "*Profamília*" para essa iniciativa. Um professor foi designado pela então reitora como seu coordenador, e um portal chegou a ser construído na Internet para agrupar páginas eletrônicas dos diferentes cursos e instituições envolvidas. Até maio de 2010, era possível acessar esse portal<sup>84</sup>, que continha links de acesso aos *websites* do Polo-SF/UFMG (que já não se encontrava mais no ar naquela data), das faculdades de Medicina e Odontologia, da Escola de Enfermagem e do BH-Vida, ressaltando-se que todo o acesso ao último *website* e a seu conteúdo era realizado exclusivamente pelo portal do Profamília. Em maio de 2010, dois anos após a última oferta do BH-Vida, também era possível acessá-lo<sup>85</sup>.

As iniciativas posteriores tiveram uma menor semelhança entre si e com os demais cursos, o que pode ser relacionado, pelo menos em parte, à própria independência em relação à matriz do CESF: a residência multiprofissional, embora tenha sido implantada como um curso de especialização, realizou uma trajetória paralela à dos demais cursos, além de possuir uma carga horária em muito superior à deles. Já o *Ágora*, por instituir um curso na modalidade a distância (CEABSF), também teve que elaborar uma matriz e conteúdos próprios. Por fim, o curso de Odontologia em Saúde coletiva foi adaptado para atender a uma demanda específica, correspondente a uma clientela composta apenas por dentistas.

Buscar-se-á, a seguir, estabelecer comparações entre dois recursos presentes nas sete iniciativas a título de ilustração do grau de interação entre elas. Os dados obtidos para a primeira análise foram as referências bibliográficas indicadas nos cursos e presentes nos projetos originais aprovados, que se encontram em poder da Assessoria Acadêmica, órgão vinculado à pró-reitoria de Pós-graduação da UFMG. A comparação entre as referências mencionadas nos projetos iniciais do curso pode trazer elementos relativos à sua *concepção* original. Para a segunda análise, foram utilizadas a relação do corpo docente de cada

---

<sup>84</sup> [www.profamilia.ufmg.br](http://www.profamilia.ufmg.br)

<sup>85</sup> [www.profamilia.ufmg.br/bhvida](http://www.profamilia.ufmg.br/bhvida)

iniciativa, obtidas da mesma fonte<sup>86</sup>, como indicador para o entendimento da *execução* dos cursos, uma vez que, por várias vezes, o corpo docente sofreu alterações a cada nova proposta<sup>87</sup>.

A matriz a seguir mostra a quantidade de referências bibliográficas em comum entre os sete cursos. Cada célula corresponde à interseção entre duas iniciativas, e o número nela encontrado corresponde às referências comuns entre dois cursos. O número entre parêntesis ao lado do nome de cada iniciativa é o número total de referências recomendadas naquele curso.

**Tabela 4: Referências bibliográficas em comum entre os cursos**

<b>CURSO</b>	<b>CESF (50)</b>	<b>PITS (100)</b>	<b>Veredas (52)</b>	<b>BH-Vida (160)</b>	<b>Residência/HC (176)</b>	<b>Ágora (67)</b>	<b>Odontologia (26)</b>
<b>CESF (50)</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>PITS (100)</b>	10	-	-	-	-	-	-
<b>Veredas (52)</b>	41	12	-	-	-	-	-
<b>BH-Vida (160)</b>	0	9	0	-	-	-	-
<b>Residência/HC (176)</b>	3	10	3	17	-	-	-
<b>Ágora (67)</b>	0	2	0	2	2	-	-
<b>Odontologia (26)</b>	0	1	0	1	0	1	-

Pela tabela, é possível constatar uma maior concomitância de referências utilizadas pelos três primeiros cursos (CESF, PITS e BH-Vida – justamente aqueles entre os quais a interação foi maior). A maior semelhança nas listas de referências indicadas ocorre entre a primeira oferta do Veredas e do CESF (41 referências, que correspondem a 78,85% daquelas indicadas pelo primeiro, e a 82% das indicadas pelo segundo). A segunda maior semelhança pode ser encontrada entre os cursos Veredas e PITS – que, apesar das semelhanças levantadas e da sobreposição cronológica, possuem números significativamente diferentes de referências

<sup>86</sup> Para o curso de Odontologia em Saúde Coletiva, trabalhou-se com lista fornecida diretamente pela coordenadora do curso, uma vez que não havia referências indicadas para a readaptação de 2008. No caso do BH-Vida, como várias referências estavam disponíveis na Internet sem que tivessem sido publicadas, recorreu-se ao website do curso. Para maiores detalhes sobre a realização dessa comparação, favor consultar a terceira parte deste trabalho (Marco metodológico).

<sup>87</sup> Ao contrário de novas referências bibliográficas, a entrada de novos docentes deve ser comunicada e aprovada na PRPG/UFMG, o que facilitou a análise. No caso da Residência, foram considerados os docentes presentes no projeto original e no relatório de prestação de contas apresentados em setembro de 2008.



indicadas: o segundo tem quase o dobro do primeiro. Foram encontradas 12 referências em comum, o que corresponde a 23% daquelas indicadas pelo Veredas, e a 12% daquelas que o foram pelo PITS.

As semelhanças entre referências dos outros cursos são pequenas, estando em terceiro lugar aquelas encontradas entre o BH-Vida e a Residência Multiprofissional. Embora haja 17 títulos em comum entre ambas, o número total de indicações de ambos os cursos é elevado, e por isso aquele número corresponde apenas a 10,63% das indicações do BH-Vida (e a 9,66% da lista da Residência).

Todas as demais células contêm números menores que os apresentados anteriormente, ou mesmo uma ausência completa de referências em comum. Embora isso possa se dever ao intervalo de tempo entre a concepção de algumas iniciativas, como no caso do CESF e do curso de Odontologia em Saúde Coletiva, chama a atenção a completa falta de referências em comum entre Veredas e BH-Vida – iniciativas não apenas concomitantes, mas também consideradas formalmente reofertas de um mesmo curso – e entre o CESF e o BH-Vida, separados entre si por três anos. Boa parte desse resultado provavelmente se deve à existência de material próprio produzido pelo último, embora ele não correspondesse à totalidade das indicações, o que pode ser ilustrado pela existência de referências comuns entre o BH-Vida e a Residência – que, em teoria, são iniciativas mais distantes entre si do ponto de vista cronológico e formal do que o BH-Vida e o Veredas. Além disso, ambos possuem referências em comum com uma terceira iniciativa, o PITS (nove e doze, respectivamente).

Embora essa comparação seja mais ilustrativa do que possibilitadora de inferências de fato, a inexistência de indicações bibliográficas semelhantes entre duas iniciativas de especialização na mesma área, ofertadas pela mesma universidade e à mesma época, sugere a existência de diferenças de concepção, ou mesmo de pontos de vista ou valores entre os dois cursos. Embora esse fato por si só não seja ruim, uma vez que pode valorizar uma diversidade de referenciais e pontos de vista passíveis de intercâmbio e aperfeiçoamento mútuo, a falta de interação ou compartilhamento de recursos entre as iniciativas não é desejável, pois, além de inviabilizar a troca de experiências, também favorece a duplicação de esforços, o "reinventar da roda" e até mesmo o ensino de referências contraditórias entre si, enviesadas de acordo com a experiência prévia, ou a falta dela, por parte dos docentes de cada curso.

A tabela a seguir mostra a concomitância de membros do corpo docente das sete iniciativas. Uma vez que os cursos não padronizaram a declaração de docentes externos à UFMG, alguns consideraram apenas aqueles pertencentes à universidade como parte da relação de professores, enquanto outros acrescentaram a essa lista todos os profissionais que houvessem ministrado aulas ou atuado como tutores ou preceptores. Por esse motivo, mostrar-se-ão apenas docentes em comum que tenham vínculos formais com a universidade:

**Tabela 5: Docentes vinculados à UFMG comuns aos cursos**

CURSO	CESF (28)	PITS (40)	Veredas (115)	BH-Vida (88)	Residência/HC (12)	Ágora (59)	Odontologia (9)
CESF (28)	-	-	-	-	-	-	-
PITS (40)	12	-	-	-	-	-	-
Veredas (115)	26	19	-	-	-	-	-
BH-Vida (88)	12	17	30	-	-	-	-
Residência/HC (12)	1	2	5	4	-	-	-
Ágora (59)	11	11	23	17	0	-	-
Odontologia (9)	0	0	5	1	0	5	-

Nota-se que, aparentemente, há uma baixa coincidência de docentes entre a Residência Multiprofissional e as demais: apenas 3,57% do corpo docente do CESF vinculado à UFMG também participaram dessa iniciativa. O PITS, o Veredas e o BH-Vida contribuíram, respectivamente, com 5,00%, 4,35% e 4,55%, e a Residência não possui docentes em comum com o Ágora e a Odontologia em Saúde Coletiva. Mas deve-se levar em conta que o corpo docente daquela iniciativa, vinculado à UFMG, é o segundo mais baixo entre os sete (doze pessoas). Houve, portanto, alguma proximidade entre a Residência e o BH-Vida nesse quesito, se considerarmos que o número de profissionais coincidentes entre ambas (quatro docentes) pode ser uma pequena proporção do corpo docente do BH-Vida, mas que corresponde a um terço dos professores da Residência. O número dos docentes dessa iniciativa presentes também no Veredas corresponde a 41,67% do total do seu corpo docente vinculado à UFMG.

As primeiras iniciativas (CESF, PITS e Veredas) possuem taxas mais altas de docentes em comum. Destaca-se a significativa presença do corpo docente do Veredas nos demais cursos: 92,86% dos docentes da primeira oferta do CESF, por exemplo, participaram também do Veredas. Mais de um terço do corpo docente do BH-Vida (34,09%) esteve também presente naquela iniciativa. Constatamos também a expressiva participação do corpo docente deste curso no *Ágora* e no curso de Odontologia em Saúde Coletiva: as listas de professores destes cursos registram que 38,98% do corpo docente do primeiro e 55,56% do segundo participaram também do Veredas. Esse fato pode ser explicado pelo grande volume do corpo docente desse curso: 248 professores no total, incluindo profissionais externos à UFMG. O número de docentes com vínculo formal com a universidade no Veredas (112 pessoas) já é, por si só, maior que o número total de docentes de todos os outros cursos, com a exceção do BH-Vida.

A comparação entre docentes vinculados à UFMG nos diferentes cursos mostra que, apesar da falta de um intercâmbio mais estruturado entre as iniciativas, assim como das diferenças constatadas na indicação das referências bibliográficas, há um expressivo número de professores que atuam, ou atuaram, em mais de uma iniciativa: de todas as pessoas que se encontravam oficialmente no corpo docente de pelo menos uma das sete iniciativas e que eram vinculadas à UFMG, 22,42% atuaram também em alguma outra. Há um pequeno grupo de professores em especial que participou da maioria dos cursos: 17 pessoas (3,73%), das quais 64,70% atuaram como autoras de conteúdos em uma das iniciativas que os produziram: BH-Vida e *Ágora*. A tabela seguinte mostra a frequência da participação dos docentes em função do número de iniciativas nas quais se envolveram. Nela também está registrada a frequência de autores de conteúdo para cada uma das categorias:

Tabela 6: Nº de vínculos de docentes comuns aos cursos (UFMG)

Atuação docente	Nº Total	Nº de Autores	%
Docentes que atuaram em <b>seis</b> iniciativas	1	1	100,00%
Docentes que atuaram em <b>cinco</b> iniciativas	9	7	77,78%
Docentes que atuaram em <b>quatro</b> iniciativas	7	3	42,86%
Docentes que atuaram em <b>três</b> iniciativas	24	11	45,83%
Docentes que atuaram em <b>duas</b> iniciativas	61	17	27,87%
Docentes que atuaram em <b>uma</b> iniciativa	353	40	11,33%

Como se pode ver, em todas as faixas há autores de conteúdo, embora o número deles seja, na maioria dos casos, diretamente proporcional ao número de atuações. Nota-se, assim, que de um pequeno grupo dos docentes que esteve presente em cinco ou mais das sete iniciativas (dez pessoas), sete (70%) escreveram conteúdos. Essa observação pode ser ilustrada com um exemplo: mencionou-se, anteriormente, um grupo de professores de pediatria que, ao se dedicarem ao estudo e à discussão da Atenção Básica para a produção de conteúdos pertinentes sobre o assunto para o BH-Vida, acabaram por editar um livro. Pôde-se constatar que os organizadores dessa obra se encontram entre o pequeno número de docentes vinculados a cinco das sete iniciativas e também entre os produtores de material para o CEABSF/Ágora e, por esse motivo, é razoável supor que, em ambos os conteúdos instrucionais, esteja presente a experiência acumulada anteriormente em outras iniciativas. Assim sendo, em pelo menos um caso específico parece ter havido uma transferência de saberes entre cursos de especialização em Saúde da Família.

Esses dados mostram que, embora a participação da maioria dos docentes seja ocasional, uma pequena quantidade parece estar de fato envolvida com a Saúde da Família a ponto de ter sido considerada para a participação em quase todos os cursos e para o desenvolvimento de material neles utilizado. Embora isso não possa ser inferido, é razoável supor que, ao longo da participação em quatro ou mais cursos de especialização em Saúde da Família da UFMG – esses docentes puderam comparar as iniciativas entre si e utilizar a sua experiência prévia para contornar limitações ou aprimorar tanto o conteúdo como métodos de ensino. Além disso, pode-se supor que a essência de suas aulas seja a mesma em todos os cursos, ainda que haja adaptações ou atualizações em suas aulas ao longo do tempo. Junte-se a isso o fato de que todos esses cursos são – como mencionado anteriormente – baseados no conceito de problematização, e se pode supor que eles tiveram a oportunidade de apreender detalhes e

limitações expressados pelos profissionais da ponta, conhecimento que pode ter sido utilizado na abordagem de determinados temas em outros cursos e na elaboração do material didático.

Independentemente das suposições do parágrafo anterior, constata-se que o mecanismo de compartilhamento entre os cursos não está em instâncias de diálogo, ou na presença de uma política direcionada para esse fim, e sim na parte de seu corpo docente que pôde trazer a experiência acumulada em iniciativas anteriores. Não se quer dizer que esse mecanismo seja grande: como se disse, apenas 22,42% dos docentes vinculados à UFMG atuaram em mais de uma iniciativa.

Na minha percepção, naquele momento, [houve] muito pouco compartilhamento. Eu acho que os profissionais que participaram, tanto do desenho do curso, quanto da produção do material e, posteriormente, da execução do curso, eles traziam muito a experiência própria... (Entrevista 3).

Nessa fala está presente a negação do compartilhamento formal entre docentes. Nota-se, contudo, que a "experiência própria" pode advir, naquele pequeno número de casos, da participação em outras iniciativas de especialização em Saúde da Família. Nesse caso, embora possa não haver trocas entre pessoas, elas podem ocorrer de forma involuntária entre os cursos, o que pode ser considerado um compartilhamento não intencional.

Ainda assim, fica clara a ausência de uma preocupação explícita no sentido de promover o intercâmbio entre os cursos, o que pode levar – em tese – a universidade a ofertar especializações passíveis, em alguns módulos, de ensinar conteúdos diferentes ou francamente divergentes entre si, uma vez que não há discussões conjuntas sobre o que é ensinado nos cursos.

A criação de políticas ou mecanismos que aproximassem as diversas iniciativas de especialização em Saúde da Família não significaria que a universidade devesse se preocupar em padronizar todo o conteúdo ou a metodologia ofertados nos diversos cursos: essa diversidade é útil ao processo, pois possibilitaria que diferentes concepções e visões de mundo viessem à tona e dialogassem entre si. Ademais, um mecanismo claro e objetivo de avaliação do impacto das diferentes iniciativas na melhora do processo de trabalho e de indicadores de saúde – algo que também poderia ser estimulado por tais políticas ou

mecanismos – poderia comparar diferentes aspectos das iniciativas entre si, apontando o que se fez de melhor em cada um deles e possibilitando o aperfeiçoamento de todas as iniciativas<sup>88</sup>.

Outro problema da falta de intercâmbio se traduz no não aproveitamento dos esforços anteriores: em que pese todo o esforço da concepção de um curso, todos poderiam se beneficiar de conteúdos (ou parte deles) desenvolvidos anteriormente e, de preferência, aplicados e validados por outras iniciativas. Ressalta-se que a política ministerial expressa pela criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) está fortemente baseada na criação de uma rede de interações e compartilhamentos entre diferentes instituições acadêmicas, com o intuito de aumentar tanto a produção conjunta e a validação mútua de conteúdos como a capacidade de oferta dos mesmos através de acordos prévios entre as instituições participantes.

Chama-se a atenção, através deste estudo exploratório, para a possibilidade de a falta de interação e compartilhamento internos às universidades – no caso de essa observação ocorrer também em outras instituições – ser um obstáculo à rede pretendida: seria questionável a real existência de uma interação produtiva entre instituições que não a veem acontecer em seu próprio seio. É importante ressaltar que, do ponto de vista do Ministério da Saúde – conforme pontuado nos documentos de justificativa da iniciativa Rede MAES e de sua sucessora, a UNA-SUS – o trabalho integrado entre as instituições acadêmicas é condição para o aumento da capacidade nacional de especialização maciça dos profissionais envolvidos com a Saúde da Família: sem essa integração, restar-lhe-á continuar a estimular individualmente algumas instituições a ofertar cursos e/ou aumentar a sua capacidade, o que demanda um esforço significativo de sua parte, além de acarretar aumento de custos e incertezas sobre a qualidade – uma vez que não se alcançará, dessa forma, uma economia de escala na produção de material instrucional e uma validação eficaz do mesmo pelos pares. Do ponto de vista das universidades, a falta de integração – tanto interna como externa – diminui a sua capacidade de lidar com toda a demanda por iniciativas de especialização que recai sobre elas, além de possibilitar, em tese, a existência de vieses, contradições de informações desatualizadas em algumas iniciativas.

---

<sup>88</sup> A questão da avaliação foi discutida com mais detalhes no capítulo seis.

**Quinta Parte:**  
**Comentários finais**

## 6. Comentários finais

O presente estudo, ao estudar as sete iniciativas de especialização em Saúde da Família ocorridas no período entre 1999 e 2010, assim como suas reofertas, possibilitou o levantamento de algumas constatações, hipóteses e questionamentos que foram apresentados nos capítulos anteriores e serão retomados neste momento, à guisa de conclusão.

Constatou-se o papel preponderante do Ministério da Saúde na indução das diferentes iniciativas – seja diretamente, através de convite ou lançamento de edital, seja indiretamente, ao financiar outros demandantes, como os municípios. Praticamente todas as vagas abertas para a especialização em Saúde da Família naquele período receberam financiamento daquela instituição. Por outro lado, os municípios foram responsáveis pela demanda direta de um maior número de vagas, embora, na maioria das vezes – senão em todas – o seu financiamento tenha se dado no todo ou em parte pelo Ministério.

Diversos mecanismos foram usados para o repasse de recursos, tendo a maioria deles financiado poucas vagas. Além disso, há atrasos em sua transferência com uma certa frequência, o que sugere que ainda não se encontrou um mecanismo eficiente e sustentável para o financiamento das iniciativas de especialização estudadas – nem pelo Ministério, nem pelos municípios. O financiamento é uma questão estratégica à educação permanente para a Saúde da Família, uma vez que essa política não sofre necessariamente de falta de recursos, e sim de mecanismos para o seu repasse contínuo e ágil, de forma a não comprometer as atividades acadêmicas. Embora a política nacional de Educação Permanente em vigor preconize a descentralização do planejamento e acompanhamento de suas ações, nota-se que a atual política de estímulo à qualificação profissional maciça na Saúde da Família – expressa sobretudo pela UNA-SUS – ocorre de forma centralizada, mediante negociação direta entre o Ministério da Saúde e as universidades envolvidas. Não se faz aqui um juízo de valor sobre essa discrepância, mas aponta-se a necessidade de se estudar e entender melhor esse fenômeno. A falta de descentralização dessas ações específicas de educação permanente pode estar relacionada a inúmeros fatores, como o receio de se pulverizarem os recursos em iniciativas sem uma prioridade clara, enquanto o Ministério, de sua parte, deixa clara a priorização da qualificação profissional para a Atenção Básica. Ela pode também estar



relacionada ao papel histórico representado pelo Ministério da Saúde como indutor de políticas e ações desde o surgimento do SUS. De qualquer forma, há que se descobrir qual seria o melhor modelo de financiamento da educação permanente para a Saúde da Família – se centralizado ou não – assim como as melhores formas de repasse dos recursos.

A multiplicidade de iniciativas de especialização em Saúde da Família na UFMG parece estar também relacionada, em algum grau, ao financiamento. A expansão da Estratégia de Saúde da Família a partir do fim do século XX e a conseqüente preocupação surgida acerca da qualificação profissional para apoiar e sustentar esse processo fez com que o Ministério da Saúde buscasse induzir as universidades a promoverem a especialização em Saúde da Família, seja através de cursos, seja através de residências. Essa indução, conquanto tenha se concentrado na formação dos Polos-SF, deu-se por vezes de forma fragmentada, através do lançamento de diferentes editais em um curto espaço de tempo e do financiamento concomitante de diferentes iniciativas. Soma-se esse fato ao modelo da UFMG de organização colegiada – autogerida pelos próprios acadêmicos e apoiada no princípio de autonomia universitária e em ideias e ações não hierarquizadas –, e é possível constatar a execução de diferentes iniciativas por distintos grupos, sem que haja necessariamente uma direcionalidade comum ou um compartilhamento de interesses, recursos e ações.

Ainda assim, há algum grau de interação entre as iniciativas, embora isso corra eventualmente – usualmente por questões administrativas – e não de forma orgânica. Na falta de uma política específica para a educação permanente em Saúde da Família, ou de uma instância que facilite o intercâmbio entre elas, observa-se que a maior interação ocorre a partir de docentes que se encontram vinculados a mais de uma iniciativa (22,42% do total). Chama-se a atenção para um pequeno grupo de professores que se envolveram em cinco ou mais das sete iniciativas estudadas, havendo entre eles vários que foram também autores de conteúdo em algumas delas. É razoável supor que esses docentes carreguem consigo as experiências e lições aprendidas em um curso e as apliquem nas aulas ministradas em outro, ou na produção do material instrucional, ainda que a concepção de várias das iniciativas estudadas se tenha dado de forma independente e desvinculada das demais (mesmo quando consideradas reofertas de uma mesma matriz curricular).

A baixa interação entre os cursos reflete, e ao mesmo tempo é uma consequência, da falta de uma política universitária clara sobre a educação permanente para o SUS e, particularmente, para a Saúde da Família. Embora vários coordenadores entrevistados tenham destacado o apoio e o empenho pessoal de dirigentes à realização dos cursos e agilização de seu trâmite quando necessário – diretores de unidades, reitores e pró-reitores –, é necessário dizer que não se constatou a existência de uma política específica para o assunto, embora tenha sido observada uma tentativa, não exitosa, de estabelecimento de um fórum comum entre as diferentes iniciativas em 2001. Uma política desse tipo poderia ser expressa, sobretudo, pela existência de uma instância de apoio e intercâmbio entre elas: apoio no diálogo das iniciativas com outras instâncias universitárias, na captação da demanda, na articulação do financiamento e de seu repasse, e intercâmbio através do estabelecimento de espaços e oportunidades para a troca de experiências e lições aprendidas entre as iniciativas. Uma instância como essa, entretanto, esbarra no modelo de organização colegiada da UFMG: havendo, em cada iniciativa, autonomia para sua concepção e captação de demanda e recursos, é razoável supor que nenhuma queira se desfazer de parte das facilidades e do poder acumulado em sua execução – ainda que a intenção aqui não fosse, de forma alguma, padronizar as iniciativas, e sim permitir a sua validação recíproca e a garantia de coerência interna e qualidade, bem como uma maior facilidade no trato com as instâncias de trâmite e aprovação das iniciativas. Não havendo essa política, o eventual apoio e empenho dos dirigentes universitários tendem a se manifestar através da aprovação pessoal e da agilização do trâmite interno de iniciativas quando necessário (ou seja: manifestar-se-ão, paradoxalmente, através da resolução de problemas decorrentes da própria ausência daquela política).

Os problemas administrativos enfrentados pelas iniciativas de especialização em Saúde da Família não ocorrem apenas pela falta de uma política universitária. Várias são suas causas: interferências políticas na gestão de saúde de municípios demandantes, necessidade de interrupção do curso devido a epidemias (ou outras emergências) e problemas de repasse financeiro, como mencionado anteriormente. Um problema particularmente importante constatado neste estudo é a diferença existente nos objetivos, prazos e ritmos do Ministério da Saúde e da universidade: enquanto o primeiro trabalha com situações complexas e prazos geralmente curtos, obedecendo a circunstâncias e tempos próprios da política, esta pode fazer uso de sua autonomia e do tempo que julgar necessário para a apreciação e aprovação de propostas de qualidade, após a resolução de problemas técnicos, jurídicos ou financeiros.

Levando-se em consideração o prazo usual entre uma demanda ministerial e as datas esperadas por essa instituição para o seu início, os períodos de tramitação de uma proposta, com todas as suas idas e vindas para a resolução de pendências, são longos. Essa situação é diferente, por exemplo, daquela observada em um curso de livre demanda – ou seja, voltado a um público-alvo pagante, que resolve cursá-lo como uma espécie de investimento em sua carreira profissional. Nesse caso, a universidade gastará o tempo que for necessário para aprovar um curso com excelência técnica e sem pendências, pois não há urgências para o início desse tipo de curso, uma vez que não há um demandante específico na maioria dos casos. Além disso, deve-se levar em conta que é sua obrigação zelar pela qualidade de suas iniciativas de pós-graduação, bem como pelo respeito às normas acadêmicas e legais.

No caso de uma iniciativa solicitada por uma instância gestora do SUS, muitas variáveis estão presentes, como a falta de qualificação de profissionais que já se encontram na ponta, atendendo a milhões de pessoas, a proximidade de eleições e o conseqüente impedimento à assinatura de contratos por um determinado período, a possibilidade de devolução de recursos em caso de início do curso após o tempo previsto e mudanças de gestão, entre outros.

Essa diferença na natureza das duas instituições, como dito anteriormente, não é conjuntural, e sim estrutural: não há como uma delas mudar para se adaptar à outra. Por esse motivo, a aprovação *ad referendum* das iniciativas, muitas vezes após o seu início e com pendências a se resolver, tende a ser comum e costuma causar conflitos e desconfortos entre coordenadores do curso, instâncias administrativas da universidade e gestores de saúde, que se agravam a partir do surgimento de problemas adicionais, como dificuldades e atrasos relativos ao repasse financeiro e suspensão de atividades por determinação de um município demandante.

Dessa constatação advêm três alternativas possíveis para a relação futura entre o Ministério e a universidade: a primeira é a desistência, por parte do Ministério, em se investir no papel da universidade no processo: alegando morosidade, desinteresse e incompreensão de seus problemas por parte desta, ele poderia passar a investir em estruturas próprias de formação, como centros de educação permanente vinculados a secretarias municipais ou estaduais. A segunda é a continuação do *status quo*: surgem as demandas e uma equipe se mobiliza para conceber e tramitar um curso em um curto espaço de tempo, passando a pressionar as instâncias administrativas para que a aprovação ocorra em velocidade acima da usual. Essa

alternativa, além de diminuir a disposição e a capacidade da universidade para atender a demandas volumosas, costuma alimentar um conflito desnecessário: o de uma hipotética escolha entre a relevância social da universidade e a excelência acadêmica do curso, caso necessite providenciar uma resposta rápida a uma demanda de gestor municipal ou federal. Essas características, entretanto, não são nem devem ser excludentes, embora possam sacrificar-se mutuamente nesse modelo vigente de demanda e resposta.

A terceira alternativa é repensar o próprio modelo de oferta dos cursos de especialização, uma vez que não será possível repensar a natureza das instituições. Essa opção requer que se considerem novos paradigmas para a oferta e o financiamento da educação permanente para a Saúde da Família, diferentes dos até então conhecidos e praticados pelo Ministério e pela universidade.

Um modelo possível pode ser a oferta isolada de módulos como cursos de extensão ou aperfeiçoamento, que seriam cursados de acordo com as necessidades específicas dos profissionais, presencialmente ou a distância – caso a instituição seja habilitada para tal. Ao cursar uma determinada carga horária, um profissional passaria a contar com a opção de, a qualquer momento, converter o seu percurso acadêmico em um programa de especialização, mediante a elaboração de monografia ou Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme a legislação vigente.

Esse modelo possui algumas vantagens: pode vir a melhorar a qualidade das relações entre a universidade e o Ministério, à medida que troca um modelo baseado em demandas de curto prazo por outro fundamentado na oferta contínua de módulos. Além disso, há uma vantagem para o aluno, uma vez que é razoável supor que nem todos desejem, ou priorizem, tornar-se especialistas – principalmente na Saúde da Família, cujo mercado de trabalho está em expansão e, pelo menos por enquanto, não exige titulação como pré-requisito de empregabilidade. Sabe-se também que muitas condições pessoais ou profissionais podem concorrer para o abandono de um curso formal de especialização, sobretudo quando se leva em conta que boa parte dessa força de trabalho é feminina e, portanto, sujeita à gravidez. Problemas pessoais, como necessidade de dedicação a parentes enfermos, ou profissionais, como a exoneração do profissional, também podem coincidir com o curso, causando assim uma evasão inesperada e, conseqüentemente, a uma relação custo-benefício inadequada para

essa política, uma vez que o custo *per capita* da especialização em Saúde da Família é alto e, geralmente, custeado por recursos públicos. Por esse motivo, a não obrigatoriedade de cursar todos os módulos com vistas a tornar-se um especialista pode, além de proporcionar uma economia de recursos anteriormente mal aproveitados com a evasão, ser atrativa para os profissionais, que poderiam se capacitar de acordo com suas necessidades e em seu próprio ritmo. Além disso, a troca de um município por outro mais distante não afetaria o seu percurso – principalmente se forem estabelecidos acordos entre as instituições acadêmicas para reconhecimento mútuo dos módulos cursados.

Há desafios relevantes que precisam ser resolvidos para que esse cenário ocorra: em primeiro lugar, é preciso criar um mecanismo estável de financiamento para um modelo como esse, uma vez que não mais se pagará por vagas abertas em cursos de especialização, e sim pela oferta contínua de módulos separados, cuja demanda pode ser irregular e/ou imprevisível. Além disso, é necessário que ele seja aceito pela universidade, que deverá se organizar para esse tipo de oferta. Uma possibilidade é que os módulos passem a ser responsabilidade da Pró-Reitoria de Extensão, e não da Pós-Graduação. Quando um aluno se decidir pela conversão da carga horária cursada em especialização, seria gerada uma vaga, e a partir de então o acompanhamento do processo ficaria sob a responsabilidade desta pró-reitoria. As circunstâncias de geração de vagas deveriam também ser discutidas: quantidade, periodicidade, pré-requisitos e mecanismos de aprovação da reoferta, entre outros parâmetros, precisariam ser definidos.

Uma articulação entre diferentes universidades poderia contribuir para a validação mútua de diferentes módulos e para a aceitação mútua de carga horária cursada em outra instituição, caso um profissional opte pela conversão de seu percurso em uma especialização. A UNASUS pode se constituir em um *locus* ideal para essa discussão, bem como para a mobilização necessária a esses arranjos. A criação da Plataforma Arouca, mencionada anteriormente, poderá ser um mecanismo valioso no acompanhamento da trajetória dos alunos, caso se opte por esse modelo.

Independentemente do modelo escolhido, é certo que mudanças significativas deverão ocorrer nas relações entre os demandantes – Ministério da Saúde e municípios – e a universidade, bem como no âmbito interno desta, caso se opte por uma nova forma de se planejar e

financiar as iniciativas de especialização em Saúde da Família. Nesse caso, caberia ao primeiro prever com antecedência e estruturar bem as suas demandas e seus respectivos financiamentos ao longo do tempo, de forma a possibilitar que a universidade tramite as ofertas e reofertas de capacitações ou especializações no tempo necessário, oferecendo iniciativas maduras, bem estruturadas e com a qualidade esperada. O Ministério da Saúde deveria, também, renovar com as universidades a parceria e o compromisso mútuo, reiterando a importância de se estabelecerem políticas universitárias específicas para a questão, para além do apoio formal que costumam ter. Caso isso não ocorra, esse compromisso recairá, sobretudo, sobre os profissionais envolvidos com as iniciativas e sobre as instâncias encarregadas de tramitá-las e aprová-las, causando a sua sobrecarga.

A universidade deve levar também em conta a crescente demanda da educação permanente como um todo em nossa sociedade. Por isso, é necessário que ela reflita sobre o seu papel frente a esse desafio e busque formas inovadoras de prover respostas a essa questão, através do desenvolvimento de uma maior capacidade de oferta sem sacrifício da qualidade acadêmica, bem como de uma maior flexibilidade e atenção às necessidades individuais dos profissionais-alunos. Isso é particularmente importante quando se considera que a oferta, pela universidade, de educação permanente a trabalhadores da saúde – embora repleta de peculiaridades – pouco difere, na prática, da oferta de cursos de graduação: ainda que se preconize o uso de metodologias ativas nessas modalidades educacionais, como a problematização, ele é prejudicado pelo pouco conhecimento de boa parte do corpo docente dessas estratégias, o que faz com que o ensino nelas tenda ao tradicional repasse de informação – algo que deveria ser evitado tanto na graduação quanto nas iniciativas de educação permanente.

Dito isso, observa-se que todas as sete iniciativas estudadas alegam usar a problematização como eixo metodológico norteador, embora nenhuma siga uma referência teórica específica sobre essa estratégia. O uso de metodologias de aprendizagem centradas no aluno, que valorizem o seu fazer cotidiano, as suas indagações, reflexões e conhecimentos prévios, pode possibilitar a aprendizagem significativa, um dos objetivos básicos dos processos de educação permanente. Entretanto, para que isso ocorra, os docentes devem saber utilizá-la, conhecendo melhor os seus marcos teóricos. Eles poderiam também receber capacitações especiais para o desenvolvimento da problematização, ou até mesmo para o entendimento do contexto no qual

se insere o profissional da atenção básica, caso ele não mantenha nenhuma forma de relação com essa prática. O conhecimento desse contexto é, obviamente, um pré-requisito para a estruturação e condução de atividades problematizadoras relativas a ele.

As iniciativas estudadas buscam aproximar-se desse contexto, basicamente, através de duas formas: possibilitando ao aluno flexibilidade na construção do próprio curso, como no caso das oficinas temáticas do Veredas ou da livre escolha de disciplinas tentada pelo BH-Vida e efetivada pelo CEABSF/Ágora, e através das atividades de dispersão, também presentes em todos os cursos<sup>89</sup>, nas quais os alunos devem levantar dados, realizar diagnósticos e propor prioridades e planos de intervenção para lidar com elas. Devem, em suma, conhecer a sua realidade e refletir sobre o processo de trabalho necessário para transformá-la.

Observa-se que a especialização em Saúde da Família sob a forma de cursos ou residências, sobretudo quando se usa a problematização como eixo pedagógico, não contradiz o conceito de Educação Permanente em Saúde desenvolvido pela OPAS, uma vez que pode possibilitar, se bem conduzida, a reflexão do processo de trabalho pelo profissional, ou até mesmo por toda a equipe, caso ele consiga fazer com que ela participe de suas atividades. Esta, obviamente, deverá enxergar, nas atividades propostas, uma oportunidade para o seu desenvolvimento profissional, e não como a mera execução de um "para-casa" de um profissional vinculado à especialização.

Para que ocorra a integração entre as duas visões de educação permanente discutidas no marco teórico deste trabalho, é necessário que docentes e coordenadores do curso as conheçam e entendam suas semelhanças e diferenças, reconhecendo potenciais e limitações de cada uma e conduzindo a sua integração. Esse trabalho deverá, de alguma forma, manter-se após o término da especialização, e o papel da universidade na sustentabilidade dessa proposta em parceria com os serviços deve ser construído.

Esse é, sem dúvida, um dos motivos pelos quais é importante o estabelecimento de integração com os serviços de saúde. Há outras razões importantes, como a possibilidade de se aumentar a velocidade e a qualidade da resposta da universidade aos problemas enfrentados na ponta,

---

<sup>89</sup> A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência em Medicina de Família e Comunidade não possuem essas atividades, uma vez que o seu desenvolvimento já se dá em serviço.

uma vez que os docentes terão, assim, maior contato com eles. Outra razão é a possibilidade de se estabelecerem também mudanças nos cursos de graduação, em virtude do que é visto pelos professores, caso aqueles envolvidos com a graduação e a especialização sejam os mesmos.

Dito isso, constata-se a existência de alguma relação entre as iniciativas estudadas e os serviços, ainda que de maneira diferenciada. Há uma maior participação do serviço na concepção das iniciativas demandadas diretamente pelos municípios, através da representação de gestores e coordenações técnicas das secretarias municipais de saúde. Em relação à execução dos cursos e de seu corpo docente, constata-se uma significativa presença de profissionais do serviço em seis das sete iniciativas estudadas. Nota-se, entretanto, que essa participação não é, necessariamente, consequência direta de uma parceria entre universidade e serviços, uma vez que esses docentes foram, muitas vezes, procurados diretamente pelos coordenadores do curso.

Se, por um lado, houve alguma participação dos serviços (ou de profissionais dos serviços) nas iniciativas, por outro não se constatou o uso de seus estabelecimentos como cenários de práticas. Isso ocorreu, de forma direta, apenas na Residência Multiprofissional e na Residência Médica, devido à sua natureza intrínseca de treinamento em serviço, e no PITS, que realizou acordos com o HC/UFMG e a FHEMIG para a realização de atividades práticas. Entretanto, os serviços aparecem como *locus* de treinamento indiretamente nas demais iniciativas, mediante a realização, nos próprios contextos de trabalho dos profissionais, das atividades didáticas já mencionadas.

Não foram constatados laços diretos com a graduação em nenhuma das iniciativas estudadas. Foram relatadas, por alguns entrevistados, mudança de concepções relativas à Atenção Básica por parte de alguns professores envolvidos com a graduação e as especializações em Saúde da Família. Alguns docentes participam de comissões de reorientação dos cursos de graduação, que são instâncias responsáveis pela condução do Pró-Saúde nas três unidades envolvidas na maioria dos cursos (Medicina, Enfermagem e Odontologia). Essa participação é, no entanto, voluntária e individual, não mantendo qualquer caráter institucional no que concerne às iniciativas de especialização.



Uma vez que as iniciativas estudadas se caracterizam pela oferta de especialização voltada a profissionais dos serviços, é importante que essa interação se faça mais presente. Devem-se criar oportunidades para que os docentes atuem diretamente nesses cenários de práticas, sob a forma de supervisão, tutoria ou preceptoria direta, sejam eles provenientes dos serviços ou de instituições acadêmicas. Essa atuação direta é ainda mais importante quando se constata que, à exceção das residências multiprofissional e médica e do PITS, nenhuma prevê a capacitação em procedimentos práticos, valorizando, sobretudo, questões como o trabalho em equipe, o uso da informação no planejamento de suas ações e o conhecimento do modelo assistencial no qual estão inseridos. Ainda que essas sejam essenciais à Saúde da Família, a prática clínica também o é, e por isso precisa ser valorizada nessas iniciativas. A articulação com os serviços de saúde para a sua realização pode ser um bom ponto de partida para a aproximação entre a universidade e os serviços. Por fim, uma vez que a educação permanente dos profissionais de Saúde da Família deve zelar pelo apoio a essa estratégia e por sua maior eficácia, faz-se necessário que os coordenadores dessas iniciativas possam conversar com profissionais e gestores para avaliar continuamente a inserção da universidade e sua contribuição aos serviços, de forma a permitir a mudança de rumos quando necessário.

Dito isso, constatou-se também que há alguma avaliação das iniciativas, embora – assim como observado em relação à concepção pedagógica – ela não parta de um referencial teórico específico, ocorrendo de forma não sistematizada. Essas avaliações ocorrem basicamente por dois motivos: o primeiro, baseado em processos mais informais, é a alteração eventual em disciplinas, aulas ou no corpo docente. O segundo é o levantamento de dados para elaboração de relatórios técnicos para prestação de contas aos financiadores ou à Pró-Reitoria de Pós-Graduação.

É importante, por uma série de motivos, que elas possam ir além das finalidades citadas. Uma avaliação de processo bem sistematizada pode permitir um aperfeiçoamento contínuo da iniciativa que também vá além de mudanças pontuais, baseando-se na reflexão sobre a proposta, a sua construção, sua execução e os objetivos alcançados. O uso apenas de processos avaliativos pouco estruturados para correções pontuais ou prestação de contas, embora permita a melhoria de determinados aspectos, pode impedir que o grupo responsável pelo curso reflita de forma mais profunda sobre o seu processo de trabalho – principalmente se a sua rotina é sobrecarregada pelos afazeres habituais de uma iniciativa de especialização.

Dessa forma, perguntas importantes podem deixar de ser formuladas e de nortear as mudanças futuras ("Essa é a melhor forma de se fazer determinada ação?" "Estamos tendo êxito no que propusemos"? "Há algum motivo para a evasão registrada até o momento"? "Os profissionais estão realmente aprendendo o que se pretendia que aprendessem"? "O material didático está suficientemente claro?").

Além da avaliação de processo, seria importante que se realizassem também avaliações de resultado, mais complexas e não realizadas por nenhuma das iniciativas. O seu objetivo seria, sobretudo, avaliar a especialização em Saúde da Família como uma política pública, atentando para a sua eficácia em melhorar o processo de trabalho e os indicadores de saúde das populações sob a responsabilidade das equipes dos alunos. É necessário ressaltar aqui que, apesar de valorizada desde o início da própria Saúde da Família, pouco se conhece sobre o real impacto dos cursos de especialização na Atenção Básica. Ao realizarem esse tipo de avaliação, de forma sistematizada e fundamentada em um marco teórico consistente, as universidades não avaliariam apenas a sua própria atividade, mas ajudariam a avaliar a política como um todo.

A especialização maciça em Saúde da Família promovida pela UNA-SUS, por envolver várias instituições com diferentes enfoques, poderia se constituir em um estudo de caso múltiplo, fornecendo uma oportunidade ímpar de avaliação e comparação de diferentes métodos de ensino, como a problematização, a aprendizagem baseada em problemas, o ensino por competências e mesmo o ensino tradicional, centrado na transmissão do conhecimento. Esses resultados seriam importantes para que a política de educação permanente para a Saúde da Família pudesse se basear em evidências claras sobre o que funciona e o que não funciona.

Outras questões levantadas neste estudo mereceriam também ser estudadas, como a evasão de profissionais das iniciativas de especialização e os conflitos causados pela divisão entre médicos e enfermeiros em alguns módulos, em determinadas iniciativas. A evasão dos cursos de especialização em Saúde da Família da UFMG parece ser um problema relevante, merecedor de um estudo em profundidade. Não foi possível levantar a evasão ocorrida em todas as iniciativas estudadas, embora alguns números tenham sido mencionados no capítulo quatro.

É importante que se entendam as suas causas e circunstâncias, uma vez que a sua ocorrência contribui para uma baixa relação custo-benefício da política como um todo. Seria importante conhecer melhor o perfil dos profissionais evasores, buscando eventuais características comuns a eles, bem como as causas manifestadas por eles para o abandono. Esse conhecimento poderá, futuramente, subsidiar mudanças no modelo de demanda e oferta das universidades – até mesmo descartando ou corroborando uma formação modular, como descrita anteriormente.

Já os conflitos observados entre médicos e enfermeiros na montagem ou execução de alguns módulos separados abrem duas vertentes de pesquisa: a primeira, relacionada às competências específicas e comuns a cada profissão, poderia ajudar a definir melhor, a partir de evidências, o papel de cada profissional em cada parte do processo de trabalho em equipe na Saúde da Família, bem como o papel de iniciativas de educação permanente relativo a cada uma delas. A segunda vertente poderia estudar o fenômeno a partir da percepção dos profissionais, pressupondo-se a existência subjacente de sentimentos potencializadores de conflitos – cujo entendimento poderia contribuir para uma melhor relação entre ambas as categorias profissionais, algo essencial para a boa prática da Saúde da Família.

Enfim, o papel da universidade em relação à educação permanente para a Saúde da Família não pode resumir-se apenas ao papel de prover iniciativas educacionais: cabe a ela também exercer a sua autonomia e a sua independência para refletir sobre o processo como um todo, questionando, avaliando e apontando alternativas, de forma a ajudar sempre em seu aperfeiçoamento.

## **Referências**

AGUIAR, D.S. **A Saúde de Família no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?** 1998. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. 136p. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-76RHW7>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

ALMEIDA C, MACINKO J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5558.pdf>>. Acesso em: 21 jun 2009.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Aug. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 21 Jun. 2009.

ARRUDA, B.K.G. Introdução. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. 15-26 p.

ASSUNCAO, T.S.; URSINE, P.G.S.. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4ª ed. Lisboa : Edições 70, 2008. 281 p

BLUMENTHAL D, MORT E, EDWARDS J. The efficacy of primary care for vulnerable population groups. **Health Serv Res** 1995; 30:253-273

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 02 mai. 2010.

BRASIL. Decreto nº 5.800, de 08 de junho de 2006. Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil - UAB. Brasília: 2008a.

BRASIL. **Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: 1996.

BRASIL. **Lei Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução Nº 1, DE 8 DE JUNHO DE 2007.** Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. Brasília: 2007a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. SECRETARIA DO ENSINO SUPERIOR. Programa de Integração Docente-Assistencial IDA. Brasília: MEC/SESU/CCS, 1981. 32 p. apud OLSCHOWSKY, A.; SILVA, G.B. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, June 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mai 2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais Saúde: direito de todos (2008-2011). Brasília: 2007b. 91p. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2008\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2008_2011.pdf)>. Acesso em: 15 mai 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Edital Nº 12, de 03 de setembro de 2008. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde. In: **Diário Oficial da União**, Nº 171, quinta-feira, 4 de setembro de 2008 - seção 3. Brasília: 2008b.

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)**. Brasília: 2009a (mimeo). 2p. Disponível em:  
< <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 04 mai 2010.

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): objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: 2007c. 86p. Disponível em:  
<[http://prosaude.org/pub/novotextoprosaude/pro\\_saude1.pdf](http://prosaude.org/pub/novotextoprosaude/pro_saude1.pdf)>. Acesso em: 04 mai 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2009** (Mimeo). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 224p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66 p.

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**. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p.

BRUNER, J.S. *O Processo de Educação*. São Paulo: Editora Nacional, 1972. 87p apud FARIA, R.M.B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Usp.

BRUYNE, P. D.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. D. Os modos de investigação. In: BRUYNE, P. D.; HERMAN, J., *et al* (Ed.). **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. cap. 8, p.221-245

CAMPBELL R, RAMIREZ A, PEREZ K, ROETZHEIM R. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. **Fam Med** 2003; 35: 60–64

CAMPOS, F.E. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. **Educación Superior y Sociedad**, 7(2): 5-12p, 1997.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, v.8, 2005. 38-46p. Disponível em:  
< [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista\\_saude\\_familia8.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia8.pdf)>. Acesso em: 15 mai 2010.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 91-99

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.B. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. In: **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1998. 24 f. Mimeografado.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os Desafios para a Formação Profissional e a Educação Permanente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-141, ago. 2001.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, Sept. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000900019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jun. 2009.

CASTRO, J.L. A materialização da cooperação técnica. In: ————. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. Natal: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008. 150-239p.

CHIZZOTTI, A. Estudo de Caso. In: CHIZZOTTI, A. (Ed.). **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. cap. 5, p.135-142

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: 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**. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 39-63 p.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jun 2009.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.C.G.; DOMINGUES, M.R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; FERNANDES, V. P. . Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: André Falcão do Rêgo Barros; José Paranguá de Santana; Pedro Miguel dos Santos Neto. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. 1ª ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004, v. 02, p. 105-120.

COELHO, E.C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M.H. (org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995. p. 35-62.

CHEVROLET, D. **A Universidade e a Formação Contínua**. Lisboa: Editorial Estampa, 1977. 219p.

COLLET. H.G. **Educação Permanente: uma abordagem metodológica**. Rio de Janeiro; SESC, 1976. 111p.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em saúde para debate**, n.21, p. 36-43, 2000.

CORDONI JÚNIOR, L. **Medicina Comunitária: Emergência e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira**. 1979. 110 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

DEBONO, L.; RENAUD, G. La médecine des Zemstvos. **Santé publique** 2000, volume 12, n.4, pp. 457-469. Disponível em: <<http://sfsp.unice.fr/publications/2000/numero4/article3.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. Ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124 p.

DONOHUE, M. T. (1998). Comparing Generalist and Specialty Care: Discrepancies, Deficiencies, and Excesses. **Arch Intern Med** 158: 1596-1608

ELIAS, P.E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA VF, RODRIGUES MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Cienc Saude Coletiva**. 2006;11(3):669-81. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

FARIA, R.M.B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006**. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da USP.

FARIA, R.M.B.; VIANA, A.L.A.V. Experiências Inovadoras de Capacitação de Pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, Limites e Possibilidades dos Pólos. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 127-159.

FAURE, E. **Aprender a Ser**. Lisboa: Livraria Bertrand, 1972

FERRANTE JM, GONZALEZ EC, PAL N, ROETZHEIM RG. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. **J Am Board Fam Pract**. 2000;13(6):408-414

FERREIRA, J.R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. p. 27-47.



FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-14.

FERREIRA R.A. **A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica**. Belo Horizonte; 2000. Doutorado [Tese] - Faculdade de Medicina da UFMG.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação Médica na América Latina. In: \_\_\_\_\_. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998. p. 51-95.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Bulletin nº 4, 1910. Disponível em: <[http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2009

FOCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977. 241 p.

FONSECA, C. M. O. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2009

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. A Política Nacional de Extensão. In: FÓRUM de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. **Extensão Universitária: Organização e Sistematização**. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. Cap. 2, 17-19 p. (Coleção Extensão Universitária v.6).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa** Editora Paz e Terra. Coleção Saberes. 1996 36ª Edição

FURTER, P. Educação Permanente e desenvolvimento cultural. Petrópolis: Vozes, 1974. P.79. apud COLLET. H.G. **Educação Permanente: uma abordagem metodológica**. Rio de Janeiro; SESC, 1976. 111p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. São Paulo: Atlas, 2008

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jun 2009.

GIL, C.R.R *et al.* Pólos de capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 103-125.

GOTTRET, P.; SCHIEBER, G. **Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide**. Washington, DC: The World Bank, 2006. 310p. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>>. Acesso em: 18 Jun. 2009

HADDAD, A.E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mar 2010.

HADDAD, J; DAVINI, M.C.; ROSCHKE, M.A.C. Educación permanente en Salud: Um camino em construcción. In **Educación Permanente de Personal de Salud**. *Serie desarrollo de recursos humanos* nº100, 1994.

HARROLD LR, FIELD TS, GURWITZ JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. **J Gen Intern Med** 1999; 14:499-511

HARTZ, Z.M.A. *et al.* Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, Aug. 1996. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101996000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Jun. 2009.

HARZHEIM, E. . Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. **Acta Farmaceutica Bonaerense**, v. 3, p. 060-061, 2004.

HUBER, M.: Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997. **Health Care Financing Review** 21 (2):99-117. Winter 1999. Disponível em:

<[http://www.euro.centre.org/data/1216810505\\_68551.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1216810505_68551.pdf)>. Acesso em: 18 jun 2009.

IBANEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, Set. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em; 18 Jun. 2009.

ILLICH, I. Sociedade sem Escolas. Petrópolis: Vozes, 1973. P. 77-78 apud COLLET. H.G. **Educação Permanente: uma abordagem metodológica**. Rio de Janeiro; SESC, 1976. 111p.

JAEGER, W. Os Sofistas. In: \_\_\_\_\_. **PAIDEIA - A Formação do Homem Grego**. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2001. 335-285 p.

JÓFILI, Z.M.S. Piaget, Vygotsky, Freire e a construção do conhecimento na escola. **Educação Teorias e Práticas**, Recife: FASA, v. 2, n. 2, p. 191-208, 2002.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: POPE, C. e MAYS, N. (Ed.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.<sup>a</sup> Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p.61-69.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p.

LEGRAND, P. **Introdução à Educação Permanente**. Lisboa: Livros Horizonte, 1970. 126p.

MACINKO J, GUANAIS FC, DE SOUZA MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health** 2006; 60:13-9. Disponível em:

<<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16361449>>. Acesso em: 18 jun 2009.

MACINKO J, STARFIELD B, SHI L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. **Health Serv Res** 2003;38:819–53.

MAYS, N.; POPE, C. Qualidade na pesquisa qualitativa em saúde. In: MAYS, N. e POPE, C. (Ed.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.<sup>a</sup>. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 9, p.101-112. ISBN 85-363-0455-3

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982. 112p.

MOTTA, J.I.J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998. [Dissertação de Mestrado].

NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará / ABRASCO, 1994. p. 73-111.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Recurrent education: A strategy for lifelong learning**. Paris: OECD, 1973

OLIVEIRA, A.C.; SIMÕES, R.F.; ANDRADE, M.V. **A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Caxambu: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), 2008 [Trabalho Apresentado]. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1092.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1092.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2009.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 jun. 2009.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2009.

OMRAN. A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**. v. 29, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Grandes Municípios – Termo de Referência** (Mimeo). Brasília, 2006. 11p.

PAIM, J.S. **Saúde, Crise e Reformas**. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA, 1986. 250 p.

PHILLIPS, R.L.Jr.; STARFIELD, B. Why does a U.S. primary care physician workforce crisis matter? **Am Fam Physician** - 2003; 68(8): 1494, 1496-8, 1500

PIANCASTELLI, C.H. Saúde da Família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, B.K.G. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. 121-140 p.

PINTO, Vera Lucia Xavier. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender: Autobiografia, Reflexividade e Formação em Educação Nutricional**. Natal: UFRN-PPGE (tese), 2006

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, jul. 1996. p. 39-44.

RIBEIRO, J.M. *et al* . Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004 . Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Jun. 2009.

ROETZHEIM RG, PAL N, GONZALEZ EC, *et al*. The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer. **J Fam Pract** 1999;48:850–858

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, set. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

ROSCHKE, M.A.C.; CASAS, D.M.E. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. **Educ. méd. Salud**, 21 (21): 1-10,1987.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 401 p.

ROVERE, M. R. Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud. In: HADDAD Q, J.; DAVINI, M.C.; ROSCHKE, M.A.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n. 100. Washington, D.C.: OPS, 1994. p. 63-106.

RYAN, R.J. From Recurrent Education to Lifelong Learning. In: **Invitational Seminar on the Delors Report: Learning – The Treasure Within**. Adelaide: The Flinders University Institute of International Education, 1999. 84p. Disponível em:

<[http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/16/da/b7.pdf](http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/da/b7.pdf)> . Acesso em: 1 jun 2010.

SANTOS, G.F. **Financiamento e investimentos na saúde pública do Brasil no período 1995/2002** (Mimeo). Salvador: 2003. Disponível em: <[http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at\\_managed\\_file.2009-09-16.8889380022](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/at_managed_file.2009-09-16.8889380022)>. Acesso em: 15 mai 2010.

SANTOS, M. R.; SILVA, M. H.. Perfil de Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao PSF da zona Norte de Juiz de Fora. **Revista de APS**, Juiz de Fora-MG, v. 8, n. 2, p. 109-111, 2005.

SCHMITTDIEL J, SHORTELL S, RUNDALL T, BODENHEIMER TL, SELBY J. Effect of primary health care orientation on chronic care management. **Ann Fam Med** 2006; 4: 117–23

SHI L, MACINKO J, STARFIELD B, WULU J, REGAN J, POLITZER R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. **J Am Board Fam Pract** 2003; 16:412 -22

SILVA, C.F. *et al* . Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis - 2000 a 2002. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, Mar. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jun. 2009.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.142 p

SIMMS C, ROWSON M. Reassessment of health effects of the Indonesian economic crisis: donors versus the data. **Lancet** 2003;361:1382-5.

SIQUEIRA, F.V. *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000100022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 jun. 2009.

SMETANA, G. W., LANDON, B. E., BINDMAN, A. B., BURSTIN, H., DAVIS, R. B., TJIA, J., RICH, E. C. A Comparison of Outcomes Resulting From Generalist vs Specialist Care for a Single Discrete Medical Condition: A Systematic Review and Methodologic Critique. **Arch Intern Med** 2007, 167: 10-20

SOBOLEVSKI, G.N.; ERMAKOV, V.V. Servicio sanitario-epidemiológico em la URSS. In. ERMAKOV, V.V.; SERENKO, A.F. **Higiene social y organización de la salud pública**. Editorial Mir Moscú. Moscou, URSS, 1986. p. 497-506. Original Russo.

STARFIELD, B. Primary Care and Its Relationship to Health. In: **Primary Care – Balancing Health Needs, Services, and Technology**. New York: Oxford Press, 1998. p. 3-17.

STARFIELD B, SHI L, GROVER A, MACINKO J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. **Health Aff** 2005; W5:97-107

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q** 2005; 83(3): 457–502.

STARR, P. **La transformación social de La Medicina em los Estados Unidos de América**. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1991. 537p.

STEIN AT, HARZHEIM E, COSTA M, BUSNELLO E, RODRIGUES LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. **Fam Pract**. 2002 Apr;19(2):207-10. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/19/2/207>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

STELLA, R.C.R. Desafios e Estratégias para Interiorização do Trabalho em Saúde. In: **Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. P. 74-84.

TARIMO, E.; WEBSTER, E.G. **Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata revisited**. Geneva: World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment, 1997. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_ARA\\_CC\\_97.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_CC_97.1.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

TEIXEIRA, S.C.S.; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estud. avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, Apr. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2009.

TERRIS, M. The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects. **AJPH**, Nov. 1978, Vol. 68, No. 11. 1125-1131p.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2009.

TRAGAKES, E.; LESSOF, S. **Health care systems in transition: Russian Federation**. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2003. 212p. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e81966.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

TURRINI, R.N.T.; LEBRAO, M.L.; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Learning: The Treasure Within**. UNESCO report for Education for the 21st Century. Paris: UNESCO Publishing, 1996. Disponível em:

<[http://www.see-educoop.net/education\\_in/pdf/15\\_62.pdf](http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/15_62.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Proposta para Instalação e funcionamento do Pólo de capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para Saúde da Família** (Mimeo). Belo Horizonte: 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. CÂTEDRA UNESCO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. **Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades: Relatório Técnico Final** (Mimeo). Belo Horizonte: 2009. 33p.

VAN STRALEN, C.J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2009.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. **PSF: um instrumento da reforma do SUS?**. Rio de Janeiro: IMS / UERJ, 1998. 29 p.

Werthein, J.; Cunha, C. (orgs.). **Educação científica e desenvolvimento: o que pensam os cientistas**. Brasília: Unesco; Instituto Sangari, 2005.

WHITE, K. *et al.* The Ecology of Medical Care. In: **N Eng J Med**, v. 265, n. 18, p. 885-92, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alma-Ata reaffirmed at Riga**. Geneva: World Health Organization, 1988. 19 p. Disponível em: <[http://libdoc.who.int/hq/1988/WHO\\_SHS\\_88.2.pdf](http://libdoc.who.int/hq/1988/WHO_SHS_88.2.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Primary Health Care 21: "Everybody's Business"**. Geneva; Copenhagen: WHO; WHO Regional Office for Europe, 1998. 96 p. Disponível em:

<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EIP\\_OSD\\_00.7.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EIP_OSD_00.7.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Primary Health Care and Health Sector Reform: 15 Years After Alma-Ata**. Geneva, Copenhagen: World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment and Regional Office for Europe, 1993. 99 p. Disponível em:

<[http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_ARA\\_97.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_97.4.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. REGIONAL COMMITTEE FOR THE WESTERN PACIFIC. Primary health care and the Global Strategy for Health for All (1978-1993). In: \_\_\_\_\_. **Fifty years of WHO in the Western Pacific Region**. Manila, 1998.

\_\_\_\_\_. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. Ljubljana, 1996. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_5](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. *The world health report 2008 : Primary Health Care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008. 119 p. Disponível em:

<<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

YIN, R. K., Ed. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, p.212, 3ª ed. 2005.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A.M.. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, dez. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902000000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jun. 2009.

## **Apêndices**



## APÊNDICE 1: Plano para coleta do material empírico – entrevistas

Eixo de análise	Categoria operacional	Variáveis de verificação	Questões a checar:
<b>Demanda e viabilização da iniciativa</b>	Demandante	Iniciativa como encomenda externa ou decisão interna após análise de necessidades  Instituição (ões) demandante(s)	<i>(Para coordenadores de curso):</i> A proposta veio de dentro da UFMG ou de fora? Houve alguma demanda específica de algum serviço ou um edital?
	Relações políticas	Articulações internas e externas envolvidas na construção do curso e das instâncias de apoio	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Fale livremente sobre como se deu o delineamento da proposta (checar menções a unidades e instituições).  Há alguma interação específica com o serviço ou outra instituição acadêmica? Qual?  <i>(Para coordenadores de instâncias de apoio):</i> Fale livremente sobre o histórico, as origens e as atribuições da instância.
	Financiamento	Instituições financiadoras	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Que instituições financiam (ou financiaram) o projeto?
		Percurso de obtenção do financiamento	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Como se estabeleceu esse financiamento?
	Objetivos	Objetivos manifestos do demandante e da coordenação do curso	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Quais eram os objetivos do demandante e da coordenação do curso?
	Reofertas	Existência de reofertas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Esse curso foi ofertado mais vezes? Quais foram as reofertas? (Ano, número de vagas e origem da demanda)
<b>Delineamento e condução da iniciativa</b>	Marco teórico	Concepção pedagógica norteadora: ênfase em treinamento em serviço, problematização, etc.	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há alguma concepção pedagógica específica para a educação em serviço?

<b>Delineamento e condução da iniciativa (Cont.)</b>		Referencial teórico sobre Saúde da Família adotado (Institucional? Próprio?)	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há algum referencial teórico específico sobre a saúde da família ou a APS? Se há, qual a sua origem?
	Concepções e Motivações pessoais do entrevistado	Concepção de Educação Permanente em Saúde do coordenador	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Para você, o que é educação permanente? Esse curso é uma iniciativa de educação permanente? Por quê?
		Motivação pessoal do(s) coordenador (es) entrevistado(s)	<i>(Para coordenadores de curso e de instâncias de apoio):</i> Qual a sua motivação pessoal para participar desse projeto?
	Processo seletivo	Processo seletivo	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Como se dá o processo seletivo para a iniciativa?
	Período de execução da iniciativa	Tempo de duração da iniciativa (da primeira turma ao término da última)	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Data de início da primeira turma e de conclusão da última
	Integração com o serviço e os cursos de graduação	Grau de participação de profissionais do serviço no desenho curricular	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Houve profissionais do serviço participando do delineamento curricular?
		Presença de atividades práticas nos espaços de trabalho dos profissionais cursistas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há atividades práticas no local de trabalho dos cursistas?
		Grau de participação de profissionais do serviço como docentes, preceptores ou facilitadores	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há profissionais do serviço envolvidos com o ensino (docentes, tutores, etc)?
		Interações entre as iniciativas e os cursos de graduação das unidades envolvidas ou suas comissões do Pró-Saúde	<i>(Para coordenadores de curso):</i> O curso mantém alguma relação com a graduação e/ou as comissões de reorientação do ensino em Saúde? Como se dão essas relações?  <i>(Para coordenadores de instâncias de apoio):</i> qual a relação direta dessa instância com a graduação e/ou as comissões de reorientação do ensino em Saúde?

<b>Delineamento e condução da iniciativa (Cont.)</b>	Monitoramento e Avaliação	Monitoramento e Avaliação	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há mecanismos de monitoramento e avaliação da iniciativa? Quais?
		Mecanismos de reflexão contínua sobre o curso e mudanças desencadeadas a partir deles	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Está prevista alguma forma de realização de reflexão contínua sobre o curso e seus objetivos? Como ela foi pensada?
<b>Interações entre as iniciativas</b>	Conhecimento prévio de outras iniciativas	Conhecimento prévio de outras iniciativas de capacitação em Saúde da Família no âmbito da UFMG	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Você conhece alguma outra iniciativa de especialização em SF da UFMG?
	Parcerias contínuas ou eventuais estabelecidas com outras iniciativas	Parcerias, contatos e intercâmbios manifestas entre iniciativas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há alguma interação específica com as demais iniciativas de especialização em SF da UFMG?  <i>(Para coordenadores de instâncias de apoio):</i> Que interações são mantidas pelos cursos?
	Compartilhamento de recursos com outras iniciativas	Compartilhamento de disciplinas com outras iniciativas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há compartilhamento de disciplinas com outras iniciativas? Quais? Como é esse compartilhamento?
		Compartilhamento de material didático com outras iniciativas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Há compartilhamento de material didático com outras iniciativas? Quais? Como é esse compartilhamento?
<b>Outras interações no âmbito da universidade</b>	Interações com as unidades que sediam o curso	Interações com as unidades que sediam o curso	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Como se dá o relacionamento com as demais unidades envolvidas?
	Reitoria e pró-reitorias	Relacionamento com as instâncias administrativas	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Como se dá o relacionamento com a reitoria e pró-reitorias? (aprovação de cursos, reoferta, avaliação, facilidades, contribuições com portarias e determinações)
	Interações com o polo/NIEPS	Conhecimento de projetos de extensão envolvendo ensino e/ou prática de saúde da família	<i>(Para coordenadores de curso):</i> Essa iniciativa teve algum contato com o Polo/NIEPS/Pró-Reitoria de extensão? Recebeu algum apoio do mesmo?

## APÊNDICE 2: Plano para coleta do material empírico: análise documental

Eixo de análise	Categoria operacional	Variáveis de verificação	Fontes dos dados	Roteiro para coleta de dados
<b>Demanda da iniciativa</b>	Demandante	Iniciativa como encomenda externa ou decisão interna após análise de necessidades  Instituição (ões) demandante(s)	Projetos oficiais	Checar menções sobre a demanda na introdução e justificativa dos projetos.
	Relações políticas	Articulações internas e externas envolvidas na construção do curso	Projetos oficiais	Checar unidades e instituições formalmente envolvidas com o projeto.
	Financiamento	Instituições financiadoras	Projetos oficiais	Checar menções a instituições financiadoras.
	Objetivos	Objetivos manifestos do demandante	Projetos oficiais	Checar menções aos objetivos do demandante.
	Reofertas	Existência de reofertas	Projetos oficiais das reofertas	Análise documental de reofertas
<b>Delineamento e condução da iniciativa</b>	Marco teórico	Concepção pedagógica norteadora: ênfase em treinamento em serviço, problematização, etc.	Projetos oficiais	Checar menções à concepção pedagógica e referências teóricas
		Referencial teórico sobre Saúde da Família adotado (Institucional? Próprio?)	Projetos oficiais	Checar menções à política de Saúde da Família ou APS e referências teóricas

<b>Delineamento e condução da iniciativa (Cont.)</b>		Missão institucional	Projetos oficiais	Projetos: presença de missão institucional clara.
	Público	Público previsto para a iniciativa (nº e profissionais)	Projetos oficiais	Número previsto de vagas para cada turma e profissionais aptos a fazer o curso (médicos, dentistas, enfermeiros, etc).
	Processo seletivo	Processo seletivo	Projetos oficiais	Projetos: explicitação do mecanismo do processo seletivo.
	Carga horária	Carga horária	Projetos oficiais	Carga horária total; carga horária teórica e prática, carga horária a distância.
	Duração da iniciativa	Tempo de duração da iniciativa (da primeira turma ao término da última)	Projetos oficiais	Projeto: data de início da primeira turma.
	Integração ensino-serviço	Presença de atividades práticas nos espaços de trabalho dos profissionais cursistas	Projetos oficiais	Projetos: menção do serviço como cenário de prática/realização de atividades.
		Grau de participação de profissionais do serviço na execução do curso (como docentes, preceptores e facilitadores)	Projetos oficiais	Projetos: análise quantitativa das instituições de origem do corpo docente.

<b>Interação com outras iniciativas de capacitação em Saúde da Família</b>	Origens em comum com outras iniciativas	Laços de "parentesco" entre iniciativas	Projetos oficiais	Checar, na introdução e justificativa dos projetos, referências a outras iniciativas que possam ter contribuído com o curso em análise.
	Compartilhamento de recursos com outras iniciativas	Compartilhamento de disciplinas com outras iniciativas	Projetos oficiais	Projetos: análise de grades curriculares de todas as disciplinas contidas nos projetos oficiais; verificação quantitativa de referências idênticas; exame das diferenças entre as ementas.

## APÊNDICE 3: Termo de Consentimento

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA

*A Educação Permanente e a Saúde da Família: análise das políticas de ensino da Atenção Básica em uma instituição federal de ensino superior*

Caro (a) Senhor(a),

Eu, Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, médico, portador do CPF (...), RG (...), estabelecido (a) no endereço (...), na cidade de Belo Horizonte, cujo telefone de contato é (...), estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título provisório é *A Educação Permanente e a Saúde da Família: análise das políticas de ensino da Atenção Básica em uma instituição federal de ensino superior*.

O objetivo deste estudo, que consiste em minha tese final de doutoramento, é analisar o impacto das iniciativas de capacitação em Saúde da Família da UFMG nas políticas para o ensino da Atenção Básica nessa instituição, bem como identificar as relações construídas entre esses diferentes projetos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco, uma vez que nenhuma pessoa será identificada. Entretanto, devido à natureza da posição de alguns entrevistados, como coordenadores ou ex-coordenadores de cursos, a sua identidade poderá ser inferida. Essa possibilidade será minimizada ao máximo a partir da não correlação direta entre as falas e os cursos ou projetos a elas vinculados. O(A) Sr.(a), caso concorde, será entrevistado(a) uma vez, podendo ser convidado(a) novamente para uma segunda entrevista, mais curta, para complementação de dados, e/ou para um grupo focal único. Caso seja convidado (a) a participar em um segundo momento, poderá recusar o convite sem prejuízo de nenhuma espécie.

Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito do processo de construção de propostas de educação permanente para a atenção básica pela UFMG, do qual o seu projeto poderá se beneficiar.

Informo que o (a) Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Caso sinta necessidade, o (a) Sr(a) poderá entrar em contato com o COEP - Comitê de Ética em Pesquisa, cujo endereço é: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, CEP 31270-901, Telefax (31) 3409-4592. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e o abandono de sua participação, sem qualquer prejuízo.

O (A) Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Como pesquisador, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados finais serão veiculados através de minha tese final de doutoramento, artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *A Educação Permanente e a Saúde da Família: análise das políticas de ensino da Atenção Básica em uma instituição federal de ensino superior*. Discuti com o pesquisador sobre a minha participação nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os seus propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante ou do responsável

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ( )

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a)



## APÊNDICE 4: Roteiro de Entrevista para Coordenadores de Cursos

- (Mostrar Termo de Consentimento, explicar dúvidas e colher a assinatura).
- (Oferecer explicações gerais sobre o projeto e seus Objetivos).
- Primeiras perguntas: Nome, formação acadêmica, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na atividade.

### **Primeira Parte: Construção da Proposta**

#### *Direcionalidade da demanda e viabilização do curso:*

- Fale livremente sobre como se deu o delineamento da proposta e as relações envolvidas.
- A proposta veio de dentro (UFMG) ou de fora (Demanda do serviço, edital)?
- Quais foram os objetivos do curso e/ou do demandante?
- Quem financiou o curso? Como se deu esse financiamento?
- Quantas reofertas houve no total? Qual o tempo, objetivo e número de vagas de cada uma?

#### *Concepção e delineamento do curso:*

- Há alguma concepção pedagógica específica para a educação em serviço?
- Há algum referencial teórico específico sobre a saúde da família ou a APS? Se há, qual a sua origem?
- Há mecanismos de monitoramento e avaliação da iniciativa? Quais?
- Está prevista alguma forma de realização de reflexão contínua sobre o curso e seus objetivos? Como ela foi pensada?
- Para você, o que é educação permanente?
- Esse curso é uma iniciativa de educação permanente? Por quê?

### **Segunda Parte: Relações com os serviços e a graduação**

- Há alguma interação específica com o serviço ou outra instituição acadêmica? Qual?
- Há participação de pessoas do serviço na concepção e/ou execução do curso?
- Houve atividades realizadas nos serviços de saúde? Quais?
- Há alguma interação específica da iniciativa com os cursos de graduação?
- Há alguma interação específica da iniciativa com as comissões do Pró-Saúde?

### **Terceira Parte: Articulações institucionais e interações com outras iniciativas**

- Você conhece alguma outra iniciativa de capacitação em SF da UFMG?
- Há alguma interação específica com as demais iniciativas de capacitação em SF da UFMG?
- Há compartilhamento de disciplinas ou material didático com outras iniciativas? Quais? Como é esse compartilhamento?
- Como se dá o relacionamento com a reitoria e pró-reitorias? (aprovação de cursos, reoferta, avaliação, facilidades, contribuições com portarias e determinações)
- E com a direção da(s) unidade(s) envolvida(s)?

## **APÊNDICE 5: Roteiro de Entrevista para Coordenadores de instâncias de apoio (Polo-SF, NIEPS, Pró-Reitoria de Extensão)**

- (Mostrar Termo de Consentimento, explicar dúvidas e colher a assinatura)
  - (Oferecer explicações gerais sobre o projeto e seus objetivos).
  - Primeiras perguntas: Nome, formação acadêmica, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na atividade.
  - Qual a sua motivação pessoal para participar dessa instância?
- 
- a) Fale livremente sobre o histórico, as origens e as atribuições da instância.
  - b) Você conhece alguma iniciativa de especialização em Saúde da Família na UFMG?
  - c) Qual a relação dessa instância com as iniciativas mencionadas?
  - d) Você conhece possíveis interações entre essas iniciativas?
  - e) Há alguma relação direta dessa instância com os serviços?
  - f) Há alguma relação direta dessa instância com os cursos de graduação em medicina, enfermagem ou odontologia na UFMG?
  - g) Há alguma relação direta dessa instância com as comissões do Pró-Saúde?
  - h) Na sua opinião, que facilidades e dificuldades esses cursos encontram durante a sua execução?

**APÊNDICE 6: Lista de Entrevistados**

<b>Nº 1</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 2</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 3</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 4</b>	Coordenador(a) de curso introdutório*
<b>Nº 5</b>	Coordenador(a) de instância de apoio
<b>Nº 6</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 7</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 8</b>	Coordenador(a) de instância de apoio
<b>Nº 9</b>	Coordenador(a) de instância de apoio
<b>Nº 10</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização
<b>Nº 11</b>	Coordenadores(as) de iniciativa de especialização
<b>Nº 12</b>	Coordenador(a) de iniciativa de especialização*

---

\* Entrevistas não utilizadas (Vide marco metodológico)

## APÊNDICE 7: Árvore de categorias

- **Iniciativas de especialização**

- **Demanda e Viabilização**

- Histórico
  - Antecedentes
  - Processo seletivo
  - Ofertas e reofertas
- Demanda
- Financiamento / Financiadores
- Articulações Institucionais
  - Fragmentações e conflitos
  - Intra e interunidades
  - Com instâncias de apoio
  - Externas
- Interações no âmbito Administrativo
  - Conflitos
  - Descrição de processo
  - Dificuldades
  - Facilidades
  - Relações com o Ministério

- **Delineamento e Condução**

- Concepção Pedagógica
  - Afirmção de problematização
  - Descrição da problematização
    - Atividades de campo
    - Flexibilidade de atividades
  - Dificuldades com problematização
  - Material didático
  - Tutoria
  - Campo de atividades
  - Concepção de EPS

- Integração com serviços e graduação
  - Existência de integração
  - Atividades práticas nos serviços
  - Graduação
  - Profissionais do serviço no ensino
  - Serviço na concepção/operacionalização
- Monitoramento e avaliação
  
- **Interação com outros cursos**
  - Existência
  - Inexistência
  
- **Instâncias de apoio**
  - **Histórico da Instância**
  - **Articulações institucionais**
  - **Contexto nacional/estadual**
  - **Financiamento**
  - **Relação com graduação**
  - **Relações com ou entre cursos**

## APÊNDICE 8: Lista de documentos consultados

- Proposta para Instalação e funcionamento do Polo de capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para Saúde da Família (Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina da UFMG, 1997).
- Curso de especialização em Saúde da Família (Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina da UFMG, 1998).
- Curso de especialização em Saúde da Família para o BH VIDA – SMS-BH (NESCON, 2001).
- Proposta de Curso de Especialização em Saúde da Família em Belo Horizonte (NESCON, 2001).
- Projeto de mudança curricular do curso médico (Faculdade de Medicina da UFMG, 2002).
- Projeto de Saúde da Família Veredas de Minas (Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina da UFMG, 2002).
- Formulário para criação de curso de especialização – Residência Multiprofissional (UFMG, 2002).
- Relatório Técnico do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – turma 1999-2000 (Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da UFMG, 2002).
- Relatório técnico institucional final para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, 2001 a 2003 (UFMG, 2003).
- Relatório final do curso de especialização Saúde da Família / Projeto Veredas de Minas (Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina e Faculdade de Odontologia da UFMG, 2004).
- Formulação Metodológica e de Conteúdos para a Educação Permanente de profissionais da Saúde da Família através de Aprendizagem a Distância (UFMG, 2006).
- Proposta para criação de curso de especialização-saúde da família – População restrita: cirurgiões-dentistas da PBH (Faculdade de Odontologia, 2007).
- Relatório técnico da residência de saúde da família: residência de medicina de família e comunidade e residência multiprofissional de saúde da família (DMPS, 2008).
- Relatório final do curso de especialização Saúde da Família / Projeto Veredas de Minas (Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina e Faculdade de Odontologia da UFMG, 2008).
- Formação em Escala de Especialistas: Pedagogia da Educação a Distância para a Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais 2009 / 2010 (Escola de Enfermagem, Faculdade de Educação, Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia, 2008).
- Relatório Técnico: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Implantação das Turmas Alfa, Beta e Gama até julho de 2009 ((Escola de Enfermagem, Faculdade de Educação, Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia, 2009).
- Memorandos, ofícios, pareceres e emails impressos sobre as ofertas de cursos de especialização em Saúde da Família contidos nas pastas de cada iniciativa, guardadas na Assessoria acadêmica da PRPG/UFMG.

**Anexos**

## Anexo 1: Disciplinas da Grade Curricular original do CESF

Disciplina	Departamento e unidade	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Natureza
Temas Clínicos em APS I - LP 1	CLM (FM)	45	-	45	OB
Temas Clínicos em APS II - LP 1	PED (FM)	30	-	30	OB
Temas Clínicos em APS III - LP 1	ENB (EE)	30	-	30	OB
Abordagem Psicossocial da Pessoa, da Família e da Comunidade - LP2	PED (FM)	45	-	45	OB
Metodologia de Investigação em Saúde - LP2	ENA(EE)	30	-	30	OB
Capacitação Pedagógica - LP2	EMI (EE)	30	-	30	OB
Sistematização das Ações de Saúde Coletiva I - LP3	EMI (EE)	60	60	120	OB
Sistematização das Ações de Saúde Coletiva II - LP3	DMPS (FM)	45	60	105	OB
Sistematização das Ações de Saúde Coletiva III - LP3	DMPS (FM)	45	90	135	OB

### Legenda:

**CLM:** Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

**PED:** Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

**DMPS:** Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG

**ENB:** Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG

**ENA:** Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG

**EMI:** Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

**OB:** Disciplina obrigatória

**OP:** Disciplina optativa



## Anexo 2: Módulos ministrados na primeira oferta do CESF e equivalência disciplinar:

Nome do Módulo	Equivalência disciplinar em relação à grade original	Carga Horária Total*	Natureza
Módulo I - Gerenciamento do cuidado em saúde	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva II- LP3	72	OB
	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2		
Módulo II - Saúde da Criança e do adolescente	Temas Clínicos em APS II - LP 1	72	OB
	Abordagem Psicossocial da Pessoa, da Família e da Comunidade - LP2		
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva III- LP3		
Módulo III - Saúde do Adulto - Saúde mental	Abordagem Psicossocial da Pessoa, da Família e da Comunidade - LP2	48	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva III - LP3		
	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2		
Módulo III - Saúde do Adulto - Doenças crônico-degenerativas	Temas Clínicos em APS I - LP 1	24	OB
	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2		
Módulo III - Saúde do Adulto - Saúde do idoso	Temas Clínicos em APS I - LP 1	24	OB
Módulo III - Saúde do trabalhador e saúde ambiental	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva I - LP3	24	OB
	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2		
Módulo IV - Saúde da mulher	Temas Clínicos em APS III - LP 1	72	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva I - LP3		
Seminário de apresentação dos trabalhos finais	Capacitação Pedagógica - LP2	30	OB

\* Sem atividades de Dispersão

**OB:**  
Disciplina obrigatória

### Anexo 3: Módulos ministrados no curso do PITS

<b>Nome do Módulo</b>	<b>Carga Horária Total*</b>	<b>Natureza</b>
<b>Módulo Introdutório</b>	80	OB
<b>Urgência na atenção primária</b>	40	OB
<b>Endemias e meio-ambiente</b>	32	OB
<b>Introdução à informática</b>	8	OB
<b>Saúde da criança</b>	32	OB
<b>Saúde do adolescente</b>	16	OB
<b>Saúde da mulher gestante e parturiente</b>	40	OB
<b>Saúde do adulto</b>	32	OB
<b>Saúde do idoso</b>	16	OB
<b>Saúde mental</b>	12	OB
<b>Metodologia científica</b>	24	OB

\* Sem atividades de Dispersão

OB: Disciplina obrigatória

### Anexo 4: Módulos ministrados no Veredas de Minas e equivalência disciplinar

Nome do Módulo	Nome da Disciplina equivalente na grade original	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Natureza
<b>Módulo Saúde da Mulher</b>	Temas Clínicos em APS I - LP 1	45	-	105	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva I - LP3	-	60		
<b>Saúde da Criança e do adolescente</b>	Temas Clínicos em APS II - LP 1	30	-	90	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva II - LP3	-	60		
<b>Saúde do Adulto</b>	Temas Clínicos em APS III - LP 1	30	-	165	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva III - LP3	-	90		
	Abordagem Psicossocial da Pessoa, da Família e da Comunidade - LP2	45	-		
<b>Vigilância à saúde</b>	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2	30	-	90	OB
	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva I - LP3	-	60		
<b>Planejamento e gestão em saúde</b>	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva II- LP3	45	-	45	OB
<b>Oficinas temáticas</b>	Sistematização das Ações de Saúde Coletiva III- LP3	45	-	75	OB
	Capacitação Pedagógica - LP2	30	-		

**OB:** Disciplina obrigatória

### Anexo 5: Módulos ministrados no BH-Vida e equivalência disciplinar

Nome do Módulo	Equivalência em relação às disciplinas da grade original	CH teórica	CH prática	CH Total	Natureza
Modelo Assistencial	Sistematização das ações de Saúde Coletiva I - LP3	32	60	92	OB
Uso da Informação em Saúde	Metodologia de Investigação em Saúde - LP2	40	-	40	OB
Trabalho em Equipe	Capacitação Pedagógica - LP2	60	-	60	OB
Tópicos Especiais	Abordagem psicossocial da pessoa, de família e da comunidade - LP2	40	-	40	OB
Saúde do Adulto	Temas clínicos em atenção primária de saúde I - LP1	32	-	32	OB
Saúde da criança	Temas clínicos em atenção primária de saúde II - LP1	32	-	32	OB
Saúde da Mulher	Temas clínicos em atenção primária de saúde III - LP1	32	-	32	OB
Capacitação Complementar	Sistematização das ações de Saúde Coletiva II - LP3	24	60	84	OB
Tutoria	Sistematização das ações de Saúde Coletiva III - LP3	80	90	170	OB

## Anexo 6: Módulos ministrados na Residência Multiprofissional

Nome da Disciplina	Departamento responsável	CH Teórica	CH Prática	CH Total	Natureza
1. Seminários de Saúde Coletiva I	DMPS	60	-	60	OB
2. Seminários de Saúde Coletiva II	DMPS	60	-	60	OB
3. Seminários de Saúde Coletiva III	DMPS	60	-	60	OB
4. Seminários de Saúde Coletiva IV	DMPS	60	-	60	OB
5. Metodologia científica	-	60	-	60	OB
6. Saúde mental	SAM	75	435	510	OB
7. Saúde da mulher	FHEMIG	75	435	510	OB
8. Saúde da Criança e adolescente	EMI	75	435	510	OB
9. Saúde do adulto e idoso	CLM	75	435	510	OB
10. Cirurgia na atenção básica	CIR	75	435	510	OB
11. Atenção básica/PSF I	PBH, ENA, EMI ,	75	435	510	OB
12. Atenção básica/PSF II	DMPS	75	435	510	OB
13. Atenção básica/PSF III	DMPS, ENA, EMI	75	435	510	OB
14. Atenção básica/PSF IV	ENA, EMI	75	435	510	OB

### Legenda:

**CLM:** Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

**SAM:** Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UFMG

**DMPS:** Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG

**ENB:** Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG

**ENA:** Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG

**EMI:** Depto de Enf.Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG

**CIR:** Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

**OB:** Disciplina obrigatória

## Anexo 7: Disciplinas ministradas no CEABSF (Ágora)

<b>Nome da Disciplina*</b>	<b>Carga Horária Total</b>	<b>Natureza</b>
Modulo I-1: Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	30	OB
Modulo I-2: Processo de Trabalho em Saúde	30	OB
Disciplina I-3: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde	60	OB
Modulo I-4: Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica	30	OB
Disciplina II-1: PSF – Saúde da Mulher	60	OP
Disciplina II-2: PSF – Saúde do Adulto	60	OP
Disciplina II-3: PSF – Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas	60	OP
Disciplina II-4: PSF – Saúde da Criança e do Adolescente: Agravos nutricionais	30	OP
Disciplina II-5: PSF – Saúde do Trabalhador	30	OP
Disciplina II-6: PSF – Saúde do Idoso	60	OP
<b>Disciplina II-7: Endemias e Epidemias I: Tuberculose e Hanseníase</b>	30	OP
<b>Disciplina II-8: Endemias e Epidemias II: Leishmaniose, Dengue e doenças emergentes</b>	30	OP
<b>Disciplina II-9: Endemias e Epidemias III: Esquistossomose e Parasitoses</b>	30	OP
<b>Disciplina II-10: PSF – Doenças Sexualmente Transmissíveis, SIDA/AIDS e Hepatites Viróticas</b>	30	OP
Disciplina II-11: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica. Aspectos Gerais	60	OP
<b>Disciplina II-12: Acidentes e Violência</b>	30	OP
Disciplina II-13: Saúde Mental	60	OP
Disciplina II-14: Protocolo de Atenção à Saúde na Organização do Serviço	30	OP
Disciplina II-15: Elaboração e Apresentação de Pôster e Trabalho de Atenção Básica em Evento Científico	30	OP
Disciplina II-16: Projeto Social – Saúde e Cidadania	30	OP
<b>Disciplina II-17: Formação Complementar</b>	15	OP
<b>Disciplina II-18: Formação Complementar</b>	30	OP
Disciplina II – 19: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica. Atenção à Criança e ao Adolescente	30	OP

Disciplina II – 20: Saúde Bucal no Contexto da Atenção Básica. Atenção ao Adulto e ao Idoso	30	OP
Disciplina II – 21: Saúde Ambiental	30	OP
Disciplina III-1: Trabalho de Conclusão de Curso	–	OB
<b>Problemas dermatológicos mais comuns em atenção básica à saúde</b>	–	OP
<b>Problemas osteomusculares mais comuns: atuação da equipe de Saúde da Família</b>	–	OP
<b>Urgências em atenção básica à saúde</b>	–	OP
<b>A família como foco da atenção básica</b>	–	OP
<b>Atenção básica a pessoas com necessidades especiais</b>	–	OP
<b>Pequenos traumas e ferimentos superficiais: atuação da equipe de Saúde da Família</b>	–	OP
<b>Sistema de informação em atenção básica</b>	–	OP
<b>Fitoterapia</b>	–	OP

\* **Disciplinas em azul** ainda não foram elaboradas ou se encontram em fase de elaboração em maio de 2010.

**OB:** Disciplina obrigatória

**OP:** Disciplina Optativa

## Anexo 8: Disciplinas ministradas no Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva

### Grade Original do curso (2002)

<b>Nome da Disciplina</b>	<b>Carga Horária Total</b>	<b>Natureza</b>
Prática Odontológica ao Alcance de todos I	75	OB
Prática Odontológica ao Alcance de todos II	75	OB
Saúde e Sociedade	60	OB
Bioestatística	30	OB
Políticas de Saúde II	60	OB
Ética e Legislação Odontológica	30	OB
Metodologia	60	OB
Bioética	15	OB

### Grade adaptada para dentistas da atenção básica de Belo Horizonte (2007)

<b>Nome do Módulo</b>
Módulo 1: Porque eu estou aqui
Módulo 2: A vida, a saúde e a doença
Módulo 3: Organização social da comunidade
Módulo 4: Epidemiologia como instrumento
Módulo 5: Epidemiologia da comunidade
Módulo 6: Políticas de saúde e organização dos serviços
Módulo 7: Clínica de atenção básica
Módulo 8: A clínica e a recuperação da qualidade de vida
Módulo 9: A ciência a serviço do homem e a produção de conhecimento
Módulo 10: Como trabalhar em equipe
Módulo 11: Abordagem educativa
Módulo 12: Promovendo saúde na família e na comunidade
TRABALHO FINAL