UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

HELLEN CRISTINA STHAL

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA INTERFACE COM O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Jataí-GO
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

HELLEN CRISTINA STHAL

**A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NA INTERFACE COM O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem.

Orientadora: Professora Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal.

Jataí-GO
2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Sthal, Hellen Cristina

A formação profissional em saúde na interface com o Sistema Único
de Saúde (SUS) [manuscrito] / Hellen Cristina Sthal. - 2016.
122 f.

Orientador: Profa. Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Regional
Jataí, Programa de Pós-Graduação em Educação, Jataí, 2016.
Bibliografia.

1. Educação. 2. Formação em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I.
Leal, Cátia Regina Assis Almeida, orient. II. Título.

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem

Ano de Ingresso: 2014

Aos 18 dias do mês de março de 2016, às 14:00 horas, na sala de defesas dos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás/ Regional Jataí, Estado de Goiás, iniciaram-se os trabalhos referentes ao exame de Defesa da Dissertação de Mestrado, de Hellen Cristina Sthal com a Dissertação intitulada: **A formação profissional em saúde na interface com o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Orientada pela Professora Dr (a). Cátia Regina Assis Almeida Leal. A comissão Examinadora, constituída pelos professores: Dr (a). Cátia Regina Assis Almeida Leal (UFG/ Regional Jataí); Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista (UFG/ Regional Goiânia); Dr. Luiz Almeida da Silva (UFG/Regional Jataí), considerou que o texto está apto, com o seguinte parecer:

Aprovado.

Assim foi encerrada a sessão e eu, Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal, Orientador (a), lavrei a presente ata assinada pelos integrantes da Comissão Examinadora.

Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal

Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista

Dr. Luiz Almeida da Silva

*Ao Carlos Gabriel,
Companheiro incansável de todas as horas.*

*À Nilce,
Mãe presente e incentivadora.*

Agradecimentos

Agradeço profundamente a todas as pessoas e instituições que colaboraram direta ou indiretamente e me apoiaram durante o árduo, mas prazeroso, processo de realização desta pesquisa. Agradeço especialmente:

À professora Cátia Leal. Mais que orientadora, foi companheira, fez-se presente, aos poucos tornou-se amiga. Suas indicações de leitura e suas orientações me instigaram a ver o mundo com outros olhos, a buscar pela “coisa em si”. Iniciei um voo que me apresentou horizontes antes desconhecidos e, agora, sei que posso voar ainda mais longe.

Aos professores Tadeu João Ribeiro Baptista, Helen de Lima e Ricardo Lira de Rezende Neves pelas valorosas contribuições na etapa de qualificação.

À prof^a Heloisa Wey Berti, que me orientou no período de graduação e me incentivou a seguir no mundo da pesquisa acadêmica. O tempo e a distância não apagaram meu carinho e minha gratidão.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), que apoiou financeiramente a execução da pesquisa, por meio da concessão de bolsa de estudos.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFG-Regional Jataí, em especial àqueles com os quais tive o prazer de conviver com maior frequência.

À secretária do programa, Vanessa, que sempre foi muito prestativa e resolutiva em todas as minhas solicitações.

Aos colegas da II turma de mestrado em Educação da UFG-Regional Jataí.

Ao colega, e amigo, Wesley Mauerverck, companhia constante nas angústias e nas conquistas, nas leituras complexas, na fase de escrita. Não compartilhamos apenas a mesma turma de mestrado e a mesma orientadora, compartilhamos o que havia de melhor em cada um de nós, e isto é algo que se leva para a vida.

“Não posso ser professor se não percebo cada vez melhor que, por não poder ser neutro, minha prática exige de mim uma definição. Uma tomada de posição. Decisão. Ruptura. Exige de mim que escolha entre isto e aquilo.”

(Paulo Freire)

Resumo

STHAL, Hellen Cristina. *A formação profissional em saúde na interface com o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2016. 125 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2016.

O trabalho resulta de uma investigação sobre a (in)compatibilidade entre a formação profissional em saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos são: identificar se os projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí estão de acordo com as concepções e propostas de atuação profissional do SUS; historicizar e compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito a suas concepções e propostas de formação para atuação profissional; compreender as concepções que norteiam os projetos de formação dos cursos da UFG-Regional Jataí; e analisar as aproximações e/ou distanciamentos entre o que é proposto por esses projetos em relação à atuação profissional considerada desejável pelo SUS. Buscando a compreensão do objeto em seus pormenores, em sua história, movimento, essência, complexidade e totalidade, optou-se pelo método do materialismo histórico-dialético, no qual todas as análises são guiadas pelo entendimento de que a realidade só poderá ser compreendida, sem risco de reducionismo ou superficialidade, por meio da compreensão das relações materiais que lhe deram origem, ou seja, não se pode separar o objeto da dinâmica sócio-histórica que definiu seus contornos, dos condicionantes históricos que influenciaram as relações sociais dos homens na produção material da existência. Os dados encontrados corroboraram os estudos anteriores que denunciaram a incompatibilidade da formação profissional em saúde com a atuação profissional no SUS, demonstrando que existem mais distanciamentos que aproximações entre as concepções e propostas de formação dos cursos pesquisados e o Sistema Único de Saúde e que, provavelmente, a inadequação de recursos humanos para atuação no SUS é resultante, dentre outros fatores, dessa essência significativamente diferente entre ambos.

Palavras-chave: Educação. Formação em saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

STHAL, Hellen Cristina. The professional training in health at the interface with the Unified Health System (SUS). 2016. 125 p. Dissertation (Master of Education) - Federal University of Goiás, Jataí, 2016.

The work stems from an investigation into the (in)compatibility between vocational training in health and the Unified Health System (SUS). The objectives are to identify if the project training of undergraduate courses in the health area of UFG-Regional Jataí are according to the views and professional action proposals SUS; historicizing and understand the Unified Health System (SUS) with regard to their concepts and training proposals for professional practice; to understand the concepts that guide the training projects of the courses UFG-Regional Jataí and to analyze the similarities and / or distances between what is proposed for these projects in relation to professional practice considered desirable by the SUS. Seeking to comprehension the object in its details, in its history, movement, nature, complexity and entirety, it opted for the method of historical and dialectical materialism, in which all the analyzes are guided by the understanding that the reality can only be understood, without risk of reductionism or superficiality, through the understanding of the material relations that gave rise to it, ie you cannot separate the object of socio-historical dynamics that defined its contours, the historical conditions that influenced the social relations of men in production of material existence. The results corroborate previous studies that reported the incompatibility of professional health education with professional practice in the SUS, showing that there are distances between the similarities the conceptions and training proposals of respondents in courses and the Unified Health System and that probably the inadequacy of human resources to operate in the SUS is the result, among other factors, of this essence significantly different between the two.

Keyword: Education. Training in health. Health Unic System.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Dados gerais dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí	52
Quadro 2 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Biomedicina.....	54
Quadro 3 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Educação Física	59
Quadro 4 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem	62
Quadro 5 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Fisioterapia	65
Quadro 6 - Núcleos do Curso de Graduação em Medicina com as respectivas cargas horárias	70
Quadro 7 - Eixo, módulos e submódulo.....	71

Sumário

Introdução	10
<i>Delineando a pesquisa</i>	13
1 SUS: concepções de um sistema construído a várias mãos	20
1.1 <i>A saúde no Brasil e a criação do SUS</i>	21
1.2 <i>O sistema Único de Saúde (SUS)</i>	30
1.3 <i>Concepções e perspectivas de atuação profissional do SUS</i>	40
1.3.1 <i>Concepções do SUS</i>	42
2 Concepções da formação em saúde: da aparência à essência	50
2.1 <i>Os projetos pedagógicos dos cursos</i>	50
2.1.1 <i>Curso de Graduação em Biomedicina</i>	53
2.1.2 <i>Curso de Graduação em Educação Física</i>	58
2.1.3 <i>Curso de Graduação em Enfermagem</i>	61
2.1.4 <i>Curso de Graduação em Fisioterapia</i>	64
2.1.5 <i>Curso de Graduação em Medicina</i>	67
2.2 <i>Concepções dos projetos de formação</i>	75
3 O SUS e a formação acadêmica em saúde: avanços e desafios	81
3.1 <i>Formação humanista, generalista e crítica</i>	81
3.2 <i>Interdisciplinaridade e articulação entre teoria e prática</i>	87
3.3 <i>Concepções de educação e metodologias de ensino</i>	92
3.4 <i>Concepções de saúde e abordagem sobre o SUS</i>	99
3.5 <i>Politização, cidadania e função social do profissional de saúde</i>	102
Considerações Finais	109
Referências	114

Introdução

Apresento¹ como ponto de partida a motivação que levou à elaboração desta pesquisa e que pode ser explicada, sucintamente, por uma inquietação que me acompanha desde a graduação em Enfermagem, concluída em 2009. Durante o curso, desenvolvi grande afinidade com as disciplinas de saúde coletiva e com os estágios que ocorriam no âmbito da atenção primária à saúde.

Apesar da afinidade com a área, eu convivía com a constante sensação de que as aulas, tanto teóricas quanto práticas, não elucidavam, de fato, o que era a saúde coletiva e, principalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Para mim, as disciplinas não se articulavam; era evidente a separação entre teoria e prática e eu não conseguia compreender a tão citada, e pouco debatida, integralidade na assistência à saúde. Isso me levava a questionar frequentemente se era eu que não conseguia compreender e articular os conceitos ou se era a abordagem das disciplinas que limitava a compreensão.

Essa sensação de que minha compreensão era superficial se materializou logo após o término da graduação, quando ingressei no mercado de trabalho como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família. Percebi, então, que o fato de eu ter decorado todos os princípios do SUS e principais legislações, solicitados em diversas avaliações na graduação, não me ajudava a inseri-los, de fato, no dia a dia do trabalho em saúde; que há uma realidade social com múltiplas determinações (BREILH, 2010a, 2010b) que fogem às “orientações” de saúde e a receitas prontas; que o trabalho em equipe e multiprofissional não é como se aprende na graduação; enfim, que eu precisava de uma visão mais ampla, integral e humana do que a obtida na graduação para conseguir atuar como agente participativo na melhora da qualidade do cuidado em saúde.

O que era, para mim, apenas uma experiência pessoal e subjetiva sobre a formação em saúde encontra respaldo na literatura científica. Em estudo de revisão integrativa sobre a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em que foram analisados 30 trabalhos sobre o tema, as autoras Vendruscolo, Prado e Kleba (2014) afirmam que, apesar das iniciativas e ações de fortalecimento da política nacional de saúde na direção de um modelo integral, com a implementação do SUS, ainda prevalecem diversos problemas no campo da formação dos profissionais, o que desvela um significativo distanciamento entre a formação -

¹ O modo verbal padronizado para o texto é o infinitivo impessoal. No entanto, nesta primeira parte da introdução, onde são relatadas algumas experiências pessoais da autora, optei por utilizar a flexão verbal na primeira pessoa do singular.

com orientação biologicista, hospitalocêntrica e conteudista - e as práticas interdisciplinares que favoreçam a integralidade e a (co)responsabilidade. Como reflexo dessa formação, o trabalhador convive com dois modelos antagônicos (formação/atuação profissional), o que dificulta o desenvolvimento de atividades para além de suas reais condições de preparo.

Moretti-Pires (2009) também critica a formação em saúde, fragmentada em disciplinas e especialidades, a qual não se pauta pelo enfrentamento das determinações sociais da saúde e apresenta pouca ênfase no SUS. Para o autor, a vivência prática em saúde na comunidade ainda é insuficiente nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, indicando a priorização da técnica e do trabalho individual, focado na doença.

Diversos estudos da área de formação em saúde, como Ceccim e Feuerwerker (2004a, 2004b), Gil (2005), Feuerwerker (2006) e Costa e Miranda (2009), corroboram a opinião de que a inadequação dos recursos humanos para atuação nos serviços de saúde do SUS se deve, substancialmente, ao modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado e ao modelo biomédico predominante nas práticas tradicionais de saúde, com enfoque na atenção individualizada, especializada, na medicina curativa e hospitalar.

Em 2012, já identificando que a problemática da formação em saúde não era apenas uma percepção pessoal, e desejosa de compreender e contribuir na área, iniciei minha jornada docente no ensino superior como professora temporária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Jataí. Foi durante essa experiência que se exacerbou minha inquietação sobre a formação em saúde.

Assumi diferentes disciplinas, em diferentes períodos do curso. Percebi a dificuldade dos alunos de relacionar teoria e prática, de explicar conceitos com suas próprias palavras. Dificuldade, até mesmo, de pronunciar sua própria palavra, opinar, refletir, decidir, atuar, fazer. Descobri que muitos conceitos importantes haviam sido memorizados apenas para avaliações, sendo frequente a justificativa dos alunos de que haviam se esquecido de determinado conceito ou método de execução de um procedimento porque os haviam estudado há muito tempo.

Percebi que a maioria dos alunos tinha dificuldades de compreender uma situação clínica numa perspectiva integral porque não conseguiam articular conhecimentos e refletir sobre estes. Por exemplo, ao trabalhar o caso clínico de um indivíduo acometido por uma infecção bacteriana nos rins, eles apresentavam grande dificuldade em articular os conhecimentos sobre a constituição estrutural do rim - abordados em anatomia - com o funcionamento do órgão - abordado em fisiologia - e as características das infecções bacterianas - trabalhadas em microbiologia e outras disciplinas. Extrapolando a dimensão

biológica e acrescentando o contexto histórico, social, cultural e econômico desse indivíduo do caso clínico para elaboração das intervenções em saúde, os alunos se mostravam paralisados diante do caso, sem saber como agir.

Nessa experiência docente, tive também a percepção de que, apesar de identificar as diversas lacunas da formação, eu não conseguia trabalhá-las pedagogicamente nas disciplinas sob minha responsabilidade. Percebi que o bacharelado em Enfermagem não me havia preparado para a docência em Enfermagem e que, muitas vezes, eu reproduzia as técnicas e metodologias de ensino dos professores que eu admirava na graduação, sem refletir sobre elas. Não pude deixar de supor que, provavelmente, outros docentes também tivessem a mesma postura, pois a maioria dos profissionais de enfermagem é de bacharéis, sem formação específica em educação.

Também não pude deixar de estender minhas reflexões aos demais cursos de graduação da área da saúde, questionando sobre o (des)preparo dos egressos para atuar no sistema público de saúde brasileiro, uma vez que os documentos do SUS têm abordado, cada vez mais, a questão da equipe multiprofissional.

Assim, a partir dessa inquietação acerca da formação dos profissionais de saúde e do desejo pessoal de adquirir uma formação na área da educação, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Educação - mestrado - da UFG Regional Jataí, com o seguinte projeto inicial de pesquisa: *Formação e percepção dos docentes da área de saúde quanto às metodologias de ensino*, que objetivava caracterizar os docentes dos cursos da área de saúde da Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí, analisando a formação e a percepção dos mesmos quanto à docência em si e quanto às metodologias de ensino.

Após cursar algumas disciplinas no programa e iniciar a reflexão sobre o objeto de estudo, percebi que a formação dos docentes da área da saúde é apenas um dos aspectos da problemática da formação e atuação dos profissionais de saúde, dentro de um cenário complexo, sujeito a múltiplas determinações. Surgiu então a motivação de estudar a estrutura, a base da formação profissional em saúde, pois apesar das iniciativas do Ministério da Saúde de reformulação da formação dos profissionais de saúde - como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) - as mudanças são mínimas e os principais problemas ainda prevalecem, sugerindo que essas mudanças feitas são ainda superficiais e insuficientes (BRASIL, 2008).

Delineando a pesquisa

Considerando as peculiaridades da assistência à saúde e do Sistema Único de Saúde e considerando, também, que a ciência e o trabalho em saúde não se constituem e não se reproduzem de forma neutra, torna-se plausível questionar em que perspectiva estão sendo formados os profissionais de saúde para atuar no SUS. Assim, optou-se por investigar como estão estruturados os cursos de graduação da área da saúde da Regional Jataí da UFG e quais concepções têm balizado seus projetos de formação. Foi estabelecida, então, a seguinte pergunta norteadora: estão os projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí de acordo com as concepções do SUS e com as propostas de atuação profissional no âmbito desse sistema de saúde?

Os objetivos da pesquisa são: identificar se os projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí estão de acordo com as concepções e propostas de atuação profissional do SUS; historicizar e compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito a suas concepções e propostas de atuação profissional; compreender as concepções que norteiam os projetos de formação dos cursos da UFG-Regional Jataí e analisar as aproximações e/ou distanciamentos entre o proposto por esses projetos e a atuação profissional considerada desejável pelo SUS.

Assim, esta dissertação, ao tomar como objeto de estudo os projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí, busca compreender suas concepções e propostas de formação, relacionando-as ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que esse sistema representa um importante locus de trabalho para esses profissionais.

Considerando que os objetivos da pesquisa envolvem a identificação e compreensão de concepções, convém esclarecer o que está sendo referido como concepção. De acordo com o dicionário de filosofia (ABBAGNANO, 2007), *concepção* é designada como o ato de conceber ou como o fruto desse ato, mas, preferivelmente, o ato. O ato gera um conceito, de modo que, sempre que este é simbolizado por alguém, é revestido de uma concepção privada e pessoal, que só pode ser distinguida do conceito público e comunicável por meio de um processo de abstração.

Assim, a partir das tomadas de posição, das recomendações, das definições e das proposições presentes em um documento, podem-se abstrair suas concepções, ou seja, sua maneira de ver, criar, conceber determinado objeto e sobre ele intervir. Nesta pesquisa buscou-se apreender dos documentos relacionados ao SUS e dos Projetos Pedagógicos de

Curso (PPCs)² as concepções de mundo/sociedade, de homem, de saúde e educação, concepções estas que embasam direta ou indiretamente suas ações.

Optou-se por estudar os cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí, partindo do pressuposto de que eles sejam uma parte representativa de uma totalidade maior. A Regional Jataí da Universidade Federal de Goiás constitui um dos marcos da descentralização do ensino superior no Estado de Goiás. Criada em 1980, congrega hoje 25 cursos de graduação nas áreas de Humanas, Exatas, Biológicas, Agrárias e, mais recentemente, da Saúde, além de cursos de Pós-Graduação (especialização, mestrado e doutorado).

Os cursos de graduação da área da saúde na Regional Jataí foram criados recentemente, no bojo do processo de expansão e consolidação da Universidade Federal de Goiás, que aderiu ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), do governo federal, em 2005. No contexto de liberação de recursos do Ministério da Educação (MEC), para a ampliação das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), foi criada, em 2005, uma comissão para elaboração do projeto de expansão e consolidação do então denominado Campus Jataí.

Na perspectiva da expansão, por meio de estudo previamente realizado, foi proposto pela comissão aumento no número de vagas ou abertura de novas turmas dos cursos já existentes e a criação de novos cursos. Os critérios de escolha dos novos cursos consideraram, principalmente, o aproveitamento do quadro de professores, a otimização dos espaços físicos em comum e a demanda ou necessidade da região (sudoeste de Goiás). Dessa forma, houve a proposta da complementação dos cursos das áreas de Licenciatura, Ciências Agrárias e Exatas e a implantação de cursos na área da Saúde, atendendo a solicitação da comunidade estudantil (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a).

Em 2006, iniciaram-se os cursos de Química, Física e Zootecnia; em 2007 os de História, Psicologia e Biomedicina e, em 2008, Ciências da Computação e Enfermagem. No ano de 2009, Engenharia Florestal e Direito e em 2010 os cursos de Educação Física (bacharelado) e Fisioterapia. O curso mais recentemente criado foi o de Graduação em Medicina, em 2014.

De acordo com a Resolução nº 287 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), os cursos superiores pertencentes à área da saúde são, por ordem alfabética: Biomedicina,

² Será utilizado no texto o termo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) como padrão, uma vez que esta é a nomenclatura trazida nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde. O termo Projeto Político Pedagógico será utilizado apenas quando o documento em análise nomear dessa forma.

Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Dentre os cursos de graduação mencionados na Resolução, são ofertados na Regional Jataí da UFG: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária e Psicologia. Contudo, optou-se por incluir no estudo apenas os cursos de graduação que fazem parte da Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde da Regional Jataí e que, em seus Projetos Pedagógicos de Curso, se autodefinem como cursos da área de Ciências da Saúde.

Os cursos de Ciências Biológicas, Medicina Veterinária e Psicologia pertencem, respectivamente, às Unidades Acadêmicas Especiais de Biociências; de Ciências Agrárias; e de Letras, Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. O PPC do curso de Psicologia na Regional Jataí o define como da área de Ciências Humanas, embora os psicólogos venham sendo inseridos significativamente em diversos serviços de saúde do SUS. Assim, os cursos que atenderam aos critérios de inclusão do presente estudo foram os de bacharelado em Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina.

Após a definição do objeto de pesquisa e do recorte dos cursos a serem incluídos para análise, surgiu a preocupação acerca da definição epistemológica e metodológica do estudo: sobre os dados a se coletar e sobre os procedimentos de coleta e análise de dados. Considerando que o desejo foi, desde o início, a compreensão do objeto em seus pormenores, em sua história, movimento, essência, complexidade e totalidade, optou-se pelo método do materialismo histórico-dialético.

No método escolhido, todas as análises são guiadas pelo entendimento de que a realidade só poderá ser compreendida, sem risco de reducionismo ou de superficialidade, por meio da compreensão das relações materiais que lhe deram origem, ou seja, não se pode separar o objeto da dinâmica sócio-histórica que definiu seus contornos, dos condicionantes históricos que influenciaram as relações sociais entre os homens na produção material da existência:

Os pressupostos de que partimos não são arbitrários, nem dogmas. São pressupostos reais de que não se pode fazer abstração a não ser na imaginação. São os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida, tanto aquelas por eles já encontradas quanto as produzidas por sua própria ação. Esses pressupostos são, pois, verificáveis por via puramente empírica. (MARX; ENGELS, 2009, p.13).

É a partir da profunda interrogação do objeto que surgem as categorias de análise, ou seja, o método guia a investigação do objeto apontando os dados, métodos de coleta e percursos metodológicos que se fazem necessários para a compreensão concreta do objeto.

Essa reflexão é sempre uma reflexão crítica, porque submete toda interpretação preexistente à análise. Na medida em que uma explicação adere ao objeto e é absorvida por este, passando a fazer parte intrínseca dele, ela também precisa ser submetida à análise. Não se trata simplesmente de opor ou substituir interpretações. Trata-se de ir até ao fundo das relações, processos e estruturas, apanhando, inclusive e necessariamente, as representações ideológicas ou teóricas construídas sobre o objeto e impregnadas nele (IANNI, 1988, p. 15).

Assim, a principal tarefa do pesquisador deve ser a distinção entre aparência e essência, apreender a essência (estrutura e dinâmica) do objeto, por meio da análise, partindo da aparência do objeto. Ou seja, parte-se da aparência e, conforme a análise da pesquisa avança, chega-se a novos conceitos e novas abstrações, a partir da compreensão das determinações mais simples do objeto. Torna-se então necessário retornar ao objeto, reconstituindo-o em sua totalidade, só que não mais como concreto idealizado, e sim como concreto pensado.

Nessa perspectiva, é imprescindível a diferenciação entre método de pesquisa e método de exposição. Marx (1982a) esclarece que

A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho, é que se pode descrever, adequadamente, o movimento (p. 16).

Assim, somente após a conclusão da análise, é que o investigador expõe os resultados a que chegou, ou seja, a síntese, o objeto enquanto concreto pensado. De acordo com Netto (2011), para Marx, “[...] os pontos de partida são opostos: na investigação, o pesquisador parte de perguntas, questões; na exposição, ele já parte dos resultados que obteve na investigação” (p. 27).

O método de análise propõe tomar as categorias simples constituintes e constitutivas do objeto e mapear suas relações e múltiplas determinações reais. Marx (1982b) afirma que

As categorias simples são a expressão de relações nas quais o concreto pouco desenvolvido pode ter se realizado sem haver estabelecido ainda a relação ou o relacionamento mais complexo, que se acha expresso mentalmente na categoria mais concreta, enquanto o concreto mais

desenvolvido conserva a mesma categoria como uma relação subordinada (p. 15).

Para o autor, “O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso” (MARX, 1982b, p.14). Assim, quanto mais se reflete sobre as determinações de um objeto, mais o pensamento alcança sua concreção real. É um processo de concretização que “[...] procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade” (KOSIK, 1976, p. 41).

Por esse motivo, a análise não se completa a não ser quando ela desvenda também essas camadas, que envolvem, obscurecem ou mesmo invertem o objeto. Ao desvendar o objeto, a análise marxista mostra que ele é sempre relação, movimento, um modo de relacionamento social (IANNI, 1988, p. 13)

Nesse método de pesquisa, o papel do pesquisador é essencialmente ativo; portanto, ele precisa ser capaz de apreender não só a aparência do objeto, mas também sua essência, ser capaz de realizar abstrações sobre o objeto, que, para Netto (2011) pode ser descrita como a “capacidade intelectual que permite extrair de sua contextualidade determinada (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo; é um procedimento intelectual sem o qual a análise é inviável” (p. 44). Ainda de acordo com o autor, nesse processo de apreensão e abstração, o pesquisador pode utilizar-se dos mais variados instrumentos e técnicas de pesquisa, desde a análise documental até as formas mais diversas de observação, coleta de dados, quantificação, dentre outras.

No presente estudo, no percurso de compreensão do objeto, mostrou-se necessária a pesquisa documental relacionada ao SUS e aos cursos de graduação da área da saúde. Relacionados ao Sistema Único de Saúde foram consultados os seguintes documentos e legislação: Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988); Lei nº 8.080 (*Idem*, 1990a); Lei nº 8.142 (*Idem*, 1990b); AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (*Idem*, 2004a); Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, que institui o Pró-saúde (*Idem*, 2005); Sistema Único de Saúde: para entender a gestão do SUS (*Idem*, 2007a); Legislação estruturante do SUS (*Idem*, 2007b); e Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial (*Idem*, 2007d).

Foram incluídos na pesquisa documental os Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs) dos cursos de graduação da área da saúde da UFG Regional Jataí: Projeto Pedagógico do

Curso de Biomedicina (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a); Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física (*Idem*, 2010b); Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia (*Idem*, 2011a); Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem (*Idem*, 2011b); e Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina (*Idem*, 2015).

Foram consultadas também as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde que, legalmente, devem embasar os projetos de formação desses cursos: Graduação em Biomedicina (BRASIL, 2003); Graduação em Educação Física (*Idem*, 2004b); Graduação em Enfermagem (*Idem*, 2001a); Graduação em Fisioterapia (*Idem*, 2002b); e Graduação em Medicina (*Idem*, 2001b, 2014). Todos os documentos analisados foram obtidos em espaços de domínio público.

Trata-se, então, de uma pesquisa documental, que não se dedicou à investigação do currículo em ação, ou currículo real; não pode, então, tecer considerações sobre o quanto do que está posto nos projetos é de fato considerado no dia a dia da formação. Sobre a pesquisa documental, Shiroma, Campos e Garcia (2005) alertam que é preciso ter cautela na análise de documentos, pois

A linguagem não se dá como evidência, não é transparente. Por esta razão, nosso interesse ao trabalhar com documentos não está no texto em si como objeto final de explicação, mas como unidade de análise que nos permite ter acesso ao discurso para compreender a política. Não tomamos o texto como ponto de partida absoluto, mas, sim, como objeto de interpretação (p. 439).

Neste sentido, é possível perceber que o objeto não está acabado, que ele está em constante movimento, “[...] sendo preciso romper com a ideia de que há uma realidade absoluta, pronta e acabada. A verdade absoluta é ideológica, e romper com ela se faz necessário para apreender a unidade existente entre sujeito e objeto” (PIRES, 2005, p. 27). Assim, a partir da análise dos documentos, da reflexão e abstração de suas concepções e a partir do movimento dialético do objeto e de seu contexto sócio-histórico, a pesquisa foi tomando corpo.

A exposição está organizada em três capítulos. No primeiro, discorre-se sobre alguns aspectos da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil que são relevantes para a compreensão das concepções e perspectivas de atuação profissional do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esse capítulo apresenta um resgate histórico, não da completa evolução da assistência à saúde no Brasil, mas, sim, dos movimentos sócio-históricos que

influenciaram a criação e implementação do SUS e que, direta ou indiretamente, influenciaram no delineamento de suas concepções.

O segundo capítulo traz a exposição dos dados extraídos dos Projetos Pedagógicos dos cursos da área da saúde da Regional Jataí da UFG e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que, legalmente, devem direcionar os projetos de formação desses cursos. Considerando que o Projeto Pedagógico não é um elemento neutro e é expressão da proposta de formação de um curso, apresenta-se, ainda nesse capítulo, a apreensão das concepções presentes nos projetos.

Partindo da afirmação de que as diversas instâncias relacionadas à construção e consolidação do SUS, entre elas as instituições de ensino, devem contribuir para as mudanças no campo das práticas e da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a) e que a articulação e cooperação entre os campos da educação e da saúde são indispensáveis para que se possam formular estratégias organizativas entrelaçadas com os princípios de mudanças no âmbito da formação de profissionais para o SUS, o terceiro capítulo apresenta o diálogo/inter-relação entre as concepções e perspectivas de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí e as concepções e perspectivas de atuação profissional do SUS, buscando evidenciar as aproximações e distanciamentos fundamentais entre eles.

1 SUS: concepções de um sistema construído a várias mãos

A medicina científica ocidental passou por um processo de rápido desenvolvimento, principalmente a partir do século XIX, gerando grande otimismo quanto ao poder da ciência e da tecnologia na solução dos problemas humanos. Acreditava-se que o desenvolvimento da cura e do controle da maioria das doenças era apenas questão de tempo, diante da inteligência humana e do método científico rigoroso (QUEIROZ, 1986).

A formação da medicina moderna se deu a partir de sua subordinação ao desenvolvimento capitalista, o que gerou profundas transformações políticas, econômicas e sociais (BATISTELLA, 2007). O campo da saúde é marcado pela constante presença de grupos de pressão, devido à variedade e magnitude dos interesses envolvidos. No Brasil, o fato de que a assistência à saúde esteve vinculada à previdência social deixou profundas marcas de acentuação das desigualdades de acesso e de qualidade no atendimento de saúde.

Cohn *et al.* (2010) aborda esta questão, destacando que

Não só esse fato remete o direito à saúde marcado pela distinção original de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como convive com as medidas implementadas pela saúde pública, que antecedem a própria instituição da previdência social no país. Caracterizada pela responsabilidade das ações de caráter coletivo de natureza preventiva no controle de endemias [...] a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária, e posteriormente da rede pública, sendo crescentemente pressionada a buscar nova identidade sem perder a sua especificidade. Essa complementaridade tensa traduz exatamente a questão do coletivo contraposta ao individual, a do curativo contraposta ao preventivo (p.13).

Considerando que a evolução histórica das políticas de saúde está diretamente relacionada à evolução política, social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los, faz-se então necessário compreender primeiramente os principais movimentos histórico-sociais que delinearam o campo da assistência à saúde no Brasil, a fim de compreender o contexto de criação e a essência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, este capítulo apresenta um resgate histórico, não de toda a história da evolução da assistência à saúde no Brasil, mas, sim, dos principais movimentos sócio-históricos que influenciaram a criação e implementação do SUS e que auxiliam na identificação e compreensão de suas concepções e propostas de atuação profissional. Assim, o objetivo não é apresentar toda a história da saúde e do SUS, mas, sim, o necessário e fundamental para a compreensão do objeto.

1.1 A saúde no Brasil e a criação do SUS

Até o final do século XIX ainda não havia no Brasil um modelo consolidado de saúde pública, apenas algumas ações incipientes que tiveram início com a vinda da família real para o país. Até então, não se faziam necessárias, sob a ótica das classes dominantes, a organização e sistematização da assistência à saúde da população brasileira (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015). No entanto, pode-se constatar que, quando determinadas endemias ou epidemias constituem ameaça econômica ou social, tornando-se potencialmente prejudiciais aos interesses do modelo de produção vigente, estas passam a ser alvo de maior atenção por parte do Estado, cujos interesses estão, muitas vezes, atrelados aos das classes dominantes. Na passagem do século XIX para o século XX, a saúde despontou como questão social, problema coletivo, exigindo respostas do poder público (PAIM, 2009).

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro se encontrava à mercê de diversas epidemias, como a varíola, a febre amarela, a malária e, mais adiante, a peste bubônica, doenças que trouxeram repercussões significativas, principalmente para o comércio exterior e a imigração, já que os navios estrangeiros passaram a se recusar a atracar nos portos brasileiros devido à situação sanitária precária. Nesse cenário, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública com a missão de erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Para tal, foi criado um exército incumbido de realizar ações de desinfecção e combate ao mosquito transmissor da doença, inclusive entrando nas casas das pessoas sem seu consentimento, em prol da campanha sanitária. Este modelo de intervenção ficou conhecido como *campanhista*, devido às várias campanhas realizadas para o combate das doenças, constituindo um modelo inspirado em uma perspectiva militar de que os fins justificam os meios, dando à polícia sanitária³ o aval de autoridade e desconsiderando a autonomia dos indivíduos (POLIGNANO, 2006; PAIM, 2009).

A saúde pública passou a ocupar-se, então, da higienização e da disciplinarização das cidades e dos indivíduos, instituindo o que se denominou promoção da ordem e da moral, a fim de disciplinar o modo de ser e viver nas cidades (NUNES, 2000). Essa vertente sanitaria

³ Oswaldo Cruz, ciente da resistência da opinião pública, estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde e criou uma polícia sanitária com poder para desinfetar casas, caçar ratos, matar mosquitos e adotar medidas mais rigorosas, inclusive multando e intimando proprietários de imóveis insalubres.

da saúde pública, impulsionada pelos conhecimentos de epidemiologia e bacteriologia, preocupou-se basicamente com o controle das doenças em larga escala.

A saúde pública pode ser entendida como política social de proteção da saúde dos indivíduos e populações, estando inserida no setor das políticas de responsabilidade pública e de direito social. Nessa perspectiva sanitaria, porém, com uma visão disciplinadora e determinista da saúde, estabelecida por meio de comportamentos selecionados e considerados apropriados ou inapropriados, ela se torna uma prática assimétrica, autoritária, com poucas possibilidades de diálogo, participação conjunta e adesão da população (VASCONCELLOS, 2000).

Esse modelo sanitaria e campanhista, apesar de impositivo e arbitrário, obteve significativas conquistas no controle das epidemias, conseguindo, inclusive, a erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Isso fortaleceu o modelo e contribuiu para que ele se mantivesse hegemônico nas práticas de atenção à saúde pública durante décadas (POLIGNANO, 2006). No entanto, cabe destacar que, embora esse modelo possa se mostrar efetivo na resposta a surtos epidêmicos, não interfere nos fatores determinantes da precarização das condições de trabalho e de vida da população nem os modifica. Vasconcelos, Vasconcelos e Silva (2015) acrescentam que as práticas de educação verticalizadas geralmente são implementadas como meio de substituir e justificar a não existência ou não organização de serviços de saúde bem estruturados.

Luz (1982) aponta a existência de uma limitada bibliografia em que se possa basear para situar a história da saúde no final de século XIX e início de século XX, no que diz respeito às condições de vida e de trabalho e de seus aspectos institucionais, até porque os fatos históricos ainda são apresentados, no Brasil, em grande parte como sucessão de nomes, datas e fatos, relações mecânicas e estanques de causa e consequência, que, muitas vezes, expressam posições e interpretações unilaterais.

Hochman (1998) aprofunda o debate explicitando que o sanitarismo foi, sim, um projeto científico de saúde, mas também um projeto político, pois ultrapassou a intervenção médico-sanitária, corroborando a construção das condições socioculturais necessárias para o desenvolvimento e fortalecimento do modelo capitalista no Brasil. Além disso, constituiu-se em importante elemento no processo de construção de uma ideologia de nacionalidade e patriotismo.

O cenário de predominância do sanitarismo começou a mudar com o início do processo de industrialização do país, quando os operários passaram a reivindicar direitos sociais por meio da realização de greves. Exigiram melhores condições de trabalho e

assistência individual de saúde. Como resposta a essas reivindicações trabalhistas, foi aprovada, em 1923, a lei Eloi Chaves, que pode ser considerada a gênese da previdência social no Brasil. Essa lei instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), destacando que o Estado instituiu essa modalidade de seguro-saúde, mas não tinha envolvimento direto no seu gerenciamento. As CAPs possuíam administração própria de seus fundos por meio de um conselho que incluía representantes dos empregados e dos empregadores. Com a criação dessa nova modalidade, os trabalhadores formais passaram a contribuir com um percentual de seus salários para que pudessem ter acesso à assistência individual de saúde (PAIM, 2009).

A criação das CAPs gerou uma cisão de responsabilidades no setor saúde, de modo que o Estado se responsabilizou pelas ações de saúde pública (em particular as campanhas sanitárias, já desenvolvidas anteriormente) e o setor privado, contratado pelas CAPs, prestava a assistência médica individual com enfoque na cura de doenças. Pode-se dizer que isso representou a gênese dos planos de saúde, pois incentivou as empresas à prática de oferecer serviços médicos aos empregados, num modelo em que as empresas médicas gerenciam a assistência médica para as empresas contratantes.

Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN *et al.*, 2010, p. 15).

Essa cisão contribuiu para o surgimento de uma ideologia, que já perdura por décadas, de que a assistência à saúde de qualidade está necessariamente vinculada à assistência médica individual e curativista, com grande valorização da instituição hospitalar e de seus equipamentos/tecnologias. Essa dicotomia agravou uma perversa realidade em que as pessoas que podiam pagar (contribuindo com as CAPS ou contratando médicos particulares) tinham acesso a essa assistência considerada de qualidade, restando para a população carente e trabalhadores informais os hospitais de caridade e as campanhas desenvolvidas pela saúde pública.

Na década de 1930 foram formados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), dividindo os assalariados por categoria profissional: bancários, marítimos, comerciários e outros, e não mais por empresas como nas CAPs. Mesmo assim, o modelo dos IAPs conviveu por décadas com as CAPs remanescentes em várias empresas até que ocorresse, em 1966, a unificação da previdência no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (MENICUCCI, 2014). Os IAPs, além de atuarem como mecanismo de controle social, tinham papel

importante no desenvolvimento econômico do país, como forma de captação de poupança forçada por meio de seu regime de capitalização (POLIGNANO, 2006).

A rede pública de serviços de saúde sofreu progressivamente um processo de sucateamento, resultante de sua não prioridade no contexto das diretrizes políticas do país. A década de 1950 foi o auge do modelo econômico desenvolvimentista, que alimentou de forma crescente o modelo biomédico, pautado pela assistência à saúde com característica biologicista, curativista, individualista, privatista e hospitalocêntrica.

Na década de 1970, ocorreu a divisão do trabalho na área da saúde entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, e o da Saúde, existente desde 1953. Desse modo, aprofunda-se o abismo entre carentes e não carentes. O Ministério da Previdência se responsabilizou pelo atendimento de uma clientela considerada diferenciada por estar formalmente inserida no mercado de trabalho, e o Ministério da Saúde continuou a se encarregar das ações de saúde pública, voltadas à população de baixa renda (COHN *et al.*, 2010).

Em 1975, foi instituído, oficialmente, o Sistema Nacional de Saúde, que delimitava o campo de ação dos setores públicos e privados na área de saúde. Isso oficializa a dicotomia já existente, legitimando que a medicina curativa ficaria a cargo do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva, por meio das campanhas, era responsabilidade do Ministério da Saúde. Contudo, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, de modo que este não conseguia desenvolver plenamente as ações de saúde pública propostas. Isso significou, na prática, uma clara opção pela medicina curativa, que, apesar de mais cara, contava com os recursos adquiridos por meio da contribuição dos trabalhadores. Desse modo, o Ministério da Saúde tornou-se, nesse período, muito mais um órgão burocrático do que um órgão executivo de políticas de saúde (POLIGNANO, 2006).

Em decorrência da escolha desse modelo de assistência, foram estabelecidos convênios e contratos com muitas das empresas médicas e hospitais existentes no país, o que permitiu que os mesmos se capitalizassem, gerando um consequente aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, criando um verdadeiro complexo médico-industrial, que se fortaleceu rapidamente (PAIM, 2009).

Esse sistema de financiamento da assistência à saúde envolvendo a previdência social foi tornando-se cada vez mais complexo, levando à criação, em 1977, de uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (INAMPS). A lógica de favorecimento do setor privado predominou até a década de 1980, destacando que “esse processo de privatização da esfera pública, não exclusivo da saúde, tem

como consequência o prevalecimento da lógica do lucro e da capitalização nos investimentos do setor.” (COHN *et al.*, 2010, p. 18). Exemplo dessa lógica de capitalização e lucratividade é a supervalorização e apologia a um modelo de assistência à saúde de alta densidade tecnológica, fundamentada basicamente nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Conceitualmente, a finalidade do trabalho em saúde deve ser o cuidado com o ser humano, cuidado holístico e multidimensional. No entanto, na sociedade moderna, delineada pelo poder do capital e pelo fetichismo da mercadoria, a tecnologia, mais que um meio, tem sido considerada como um fim em si mesma. “Há uma autonomização da tecnologia, os seres humanos perdem o governo da técnica e tornam-se altamente dependentes da tecnologia” (LORENZETTI *et al.*, 2012, p. 437).

É possível identificar o desenvolvimento de uma cultura que vincula satisfação, segurança, dignidade e qualidade de vida ao acesso às tecnologias modernas. Isso gera nas pessoas uma falsa necessidade de consumo do novo, incluindo desde um telefone de última geração ou um veículo até o consumo de medicamentos ou exames sofisticados.

A consolidação do modelo biomédico no Brasil alimentou consideravelmente o fenômeno da medicalização, que pode ser entendido como “a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo” (BARROS, 2002, p. 77).

Na medida em que o acesso ao consumo foi convertido no objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas. A eficácia e efetividade das mesmas passam a confundir-se com seu grau de sofisticação (*Ibidem*, p. 76).

A cultura institucional desse modelo de saúde hegemônico (o modelo biomédico) pauta-se por um processo de trabalho voltado para a doença e não para o cuidado em si; voltado para as partes e não para o ser humano como um todo. Caracteriza-se pela racionalidade linear e mecanicista, privilegiando o saber biológico e as intervenções medicalizantes. Esse modelo de assistência à saúde, construído ao longo da história moderna, fortaleceu-se no século XX, principalmente entre as décadas de 1940 a 1980, e ainda se mantém, sustentado pela lógica de mercado que visa à obtenção de lucro em detrimento das reais necessidades de saúde da população (FERRI *et al.*, 2007).

Historicamente, as políticas sociais, incluindo as de saúde, foram subordinadas aos interesses econômicos e políticos, criadas e implementadas por meio de práticas assistencialistas. Num país heterogêneo e com grande desigualdade social como o Brasil, as

políticas sociais, embora concebidas como ações que visam a atenuar essas desigualdades, acabam por contribuir, muitas vezes, para acentuá-las, uma vez que possuem caráter fragmentário, setorial e emergencial (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010).

As décadas de 1970 e 1980 foram produtivas em estudos, sugestões e propostas sobre os problemas da assistência à saúde no país. Foi na década de 1970 que a área da saúde se aproximou dos princípios da educação popular, quando muitos profissionais da saúde se engajaram no movimento de luta contra o regime militar. Dessa aproximação surgiram várias experiências de saúde pautadas pela educação popular, com práticas educativas construídas de forma dialogada com a comunidade. De acordo com Vasconcelos (2009),

Começaram a surgir modos de enfrentamento dos problemas de saúde que mostravam uma surpreendente capacidade de promover a saúde de uma maneira ainda não conhecida na tradição da saúde pública e das várias profissões de saúde, que sempre viram a população como uma massa de carentes que precisava ser ensinada e transformada a partir do saber técnico. Eram práticas extremamente participativas e que contemplavam dimensões e necessidades desprezadas pela medicina oficial. Resultavam em mobilizações comunitárias e movimentos que enfrentavam dimensões coletivas do processo de adoecimento ainda não conhecidas. Formavam pessoas e grupos extremamente ativos e altivos, protagonistas de um modo de ser saudável ainda não vislumbrado pela medicina (p. 32).

A partir dessas ações coletivas, estruturou-se o Movimento Popular de Saúde (MOPS), cujas ações foram fundamentais para o surgimento e crescimento do Movimento de Reforma Sanitária, que contava com a liderança de intelectuais e estudiosos da saúde coletiva e participação de profissionais do setor público da saúde e da população, buscando viabilizar a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros (VASCONCELOS, 2009).

O Movimento de Reforma Sanitária foi constituído por representantes do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação Brasileira de Economia de Saúde (ABRES), da Rede de projetos Integrados Ensino-Serviço-Comunidade (Rede UNIDA), da Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), pelas entidades dos usuários, profissionais, prestadores de serviços e gestores e pela Frente Parlamentar da Saúde (SANTOS, 2007).

Foi um movimento político e crítico, que se dedicou intensivamente à criação e implementação do SUS e representou uma ruptura com os princípios que norteavam a política de saúde pública; não apenas denunciou a precariedade das condições de acesso à assistência

de saúde da população como também formulou propostas para outra perspectiva de assistência à saúde.

É bom lembrar que a reforma sanitária vem desse movimento de diferentes atores na sociedade: a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso. Esse movimento, portanto, conseguiu colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde (MENICUCCI, 2014, p. 80).

No período de 1974 a 1979, a Política Nacional de Saúde enfrentou uma constante tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos, a conciliação de interesses e a emergência do Movimento de Reforma Sanitária. Ocorreram algumas tentativas de reformas, mas estas não conseguiram reverter a ênfase da assistência à saúde balizada pelas ações curativas, comandadas pelo setor privado (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2010).

Campos (1997) pondera que esse modelo hegemônico de assistência em saúde, que estava estruturado no fim da ditadura militar, criou e alimentou suas próprias contradições, revelando-se insuficiente no atendimento à população. Essa crise colaborou para que o momento histórico se tornasse propício para o surgimento e fortalecimento dos modelos contra-hegemônicos.

Na Declaração de Alma-Ata (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978), reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, reconhecendo também sua determinação múltipla e intersetorial. Além disso, destacou que a grande desigualdade existente no estado de saúde dos diferentes povos é inaceitável, devendo constituir objeto da preocupação comum de todos os países.

O Movimento de Reforma Sanitária pautou suas reivindicações na perspectiva da saúde coletiva. Segundo L'Abatte (2003) a expressão saúde coletiva foi criada na década de 1970, no Brasil, simbolizando a tentativa de constituir um paradigma que permitisse articular diferentes saberes e instituições do campo da saúde. Nunes (1996) acrescenta que o termo saúde coletiva começou a ser utilizado quando um grupo de profissionais, advindos da saúde pública e da medicina preventiva e social, buscou fundar um campo científico, ou de saberes, com uma orientação teórica, metodológica e política que enfatizava o social como categoria de análise.

A saúde coletiva é, portanto, uma corrente de pensamento, teórico-prática, que privilegia o social no âmbito da pesquisa, da formação e da assistência à saúde, considerando

que o coletivo é dinâmico, produto das relações sociais historicamente tecidas, nas quais os indivíduos tem papel ativo (NUNES, 1994). A saúde coletiva surgiu devido à necessidade de construção de outro campo teórico-conceitual frente ao esgotamento do modelo biologicista da saúde pública.

Para Birman (2005), o discurso teórico da saúde coletiva introduz as ciências humanas no campo da saúde, destacando as dimensões simbólica, ética e política e relativizando o discurso biologicista. Cabe esclarecer que a perspectiva da saúde coletiva não exclui as ciências biológicas; o que ela propõe é uma ampliação, que se possa ir além da abordagem restrita aos aspectos biológicos do ser humano.

Concorda-se com Martorell (2012) quando este alerta que a saúde coletiva não deve ser elevada como um paradigma de substituição do anterior, pois, nesse caso, estaríamos fortalecendo o oprimido a ponto de este tornar-se o opressor. Seus saberes são complementares e suas principais inovações são a valorização da dimensão social e da análise subjetiva.

Nunes (2005) afirma que a saúde coletiva

[...] pode ser dimensionada, em suas origens, como um fato sociológico e político - nasce no embate das questões postas pela área da saúde nos anos 70, no processo de institucionalização da formação de recursos humanos e dos conhecimentos que se encontravam dispersos nas escolas de saúde pública, departamentos de Medicina Preventiva e Social e nos primeiros cursos de Medicina Social e nos interesses de realizar pesquisas e produzir práticas políticas voltadas à melhoria das condições de saúde, caracterizando-se por ser um movimento contra-hegemônico visando a rever criticamente o modelo sanitário brasileiro, mas também os interesses corporativos e associativos de destacada parcela da intelectualidade da saúde (p. 25).

Durante a década de 1980, foi crescente o movimento de contestação ao sistema de saúde vigente até então. As propostas alternativas ao modelo hegemônico caracterizaram-se, principalmente, pelo apelo à democratização do acesso à assistência de saúde, com participação popular; à universalização dos serviços; à defesa do caráter público do sistema de saúde; e à descentralização.

Nesse período, destaca-se como auge da luta social, a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2007a):

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (p. 30).

A participação popular teve importante papel nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido de construção e fortalecimento de propostas para a reorientação da política do setor saúde. As discussões gestadas nesse processo resultaram na conquista institucional da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde (VALLA, 1998).

Cabe ressaltar que a lógica do processo evolutivo na sociedade obedece às demandas do avanço do capitalismo, de modo que a conquista de direitos sociais, como saúde, educação e previdência, tem sido basicamente resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação de atores e movimentos sociais e nunca uma dádiva do Estado, como às vezes é anunciado (CIRQUEIRA, 2011).

A participação popular, neste contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias. Como se sabe, o interesse de muitos grupos é exatamente o contrário, ou seja, que o serviço público permaneça sempre deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém. (VALLA, 1998, p. 10)

Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que se debateu a criação de um sistema de saúde unificado, que possuisse uma nova organização institucional, desvinculada da previdência social. A participação social ou popular, que foi imprescindível no processo de criação do SUS, envolve a capacidade de luta, organização e mobilização que as classes populares têm para interferir na gestão pública na direção dos seus interesses de classe.

“Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (PAIM, 2009, p. 40). Essa grande mobilização social e política pelo Sistema Único de Saúde faz parte da história brasileira recente e deve ser levada em conta para o entendimento das configurações, avanços, dificuldades, problemas e conquistas, tanto na criação quanto na implementação do SUS.

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que oficializa a criação do SUS, define no capítulo VIII, da Ordem social, na seção II, referente à Saúde, no artigo 196, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O texto constitucional sugere um modelo de atenção à saúde voltado às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com a saúde. Ele expressa o momento social e político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém-saída da ditadura militar e envolvida no movimento *diretas já*, buscando garantir na nova Constituição os valores da democracia e da cidadania.

Tal mudança se concretizou, entretanto, em circunstâncias históricas difíceis e muito particulares, que tiveram significativa influência sobre o processo de implantação do SUS, determinando constrangimentos e limites à operacionalização do novo sistema de saúde.

A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da reforma sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem lei (FLEURY, 1997, p. 34, grifo do autor).

De acordo com Menicucci (2014), evidenciaram-se na Constituição Federal as visões antagônicas de dois grupos: a estatizante, que representava a perspectiva inovadora, daqueles que queriam a reforma da saúde, assumindo o direito à saúde como obrigação a ser provida pelo Estado; e a privatizante, que representava os interesses e concepções surgidos na trajetória da política de saúde como resultado das próprias decisões governamentais do passado. O texto constitucional expressou os acordos que se conseguiram construir naquele momento, apresentando, inclusive, ambiguidades jurídicas. “Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS, embora viesse a ter consequências problemáticas depois” (PAIM, 2009, p. 47).

Como resultado, a Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado: por um lado, consagra a saúde como direito, garante a universalidade e o acesso à assistência de saúde, amplia a responsabilidade do Estado e define a organização de um sistema inclusivo;

por outro, mantém a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência, independentes de qualquer intervenção estatal (MENICUCCI, 2014).

Embora o SUS tenha sido criado em 1988, sua primeira regulamentação ocorreu somente em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Essa lei, que define o modelo operacional do SUS e propõe sua forma de organização (BRASIL, 1990a), trata: da organização e gestão do SUS; da definição das competências e atribuições das esferas de governo; da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; e dos recursos financeiros, do planejamento e orçamento.

Ainda de acordo com a Lei 8.080/90, o SUS é definido como o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, sendo que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

A ideia de sistema remete a um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Os serviços contratados e conveniados devem seguir os mesmos princípios e as mesmas normas do serviço público. Todos os elementos que integram o SUS referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ou seja, é um sistema complexo que objetiva atender todos os cidadãos brasileiros, na medida de suas necessidades, com garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, buscando superar as políticas setoriais, marginais e focais destinadas aos carentes.

Contudo, o fato de o sistema de saúde ser dual (público-privado) e apoiar-se, em grande parte, sobre a mesma rede de serviços privados, tem implicações significativas que dificultam a operacionalização dos princípios do SUS. Em função dos diferentes valores pagos pelos serviços de saúde, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado, sua primeira opção será sempre vender serviços para os planos de saúde, exceto quando o SUS paga mais. Além disso, em serviços particulares conveniados com o SUS, é comum o atendimento com diferenças de prioridade entre os pacientes pagantes e os usuários do SUS.

Para Paim (2006), diversas concepções ou ideias de SUS passaram a delinear-se e a competir no imaginário de técnicos, gestores, políticos, dirigentes e população, durante sua implantação. O autor distingue pelo menos quatro dessas possíveis concepções:

O SUS formal, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o SUS democrático, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais (p. 36).

Apesar do caráter dualista (público/privado) e desses diferentes SUS competindo entre si, como disse Paim (2006), uma importante conquista está na Lei 8.080/90, no seu art. 3º, que redefine o conceito de saúde, incorporando as novas dimensões já discutidas na Conferência de Alma-Ata e na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reconhece que para melhorar as condições de saúde de uma população, é preciso considerar um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.

Art. 3.º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

O fato de a saúde ter sido conceituada durante muitas décadas como a mera ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento dos profissionais de saúde e dos governos. À medida que os esforços de investigação concentravam-se apenas na doença, o conceito de saúde era negligenciado, uma vez que seu entendimento esteve sempre implícito como a não doença (BATISTELLA, 2007).

Esse trecho extraído do texto constitucional reafirma a evolução e ampliação do conceito de saúde, considerando as várias determinações do processo saúde/doença e buscando se aproximar do conceito de saúde elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (p. 04).

Ou seja, de acordo com a concepção ampliada de saúde, os níveis de saúde de uma população estão diretamente relacionados com a organização social e econômica (PAIM, 2009; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005). A saúde passa então a ser entendida como resultante das condições de vida da população, influenciada por fatores de cunho socioeconômico, tendo suas práticas voltadas prioritariamente para a prevenção de doenças e agravos e não somente para a cura, como outrora.

A criação e regulamentação do SUS significou um grande avanço, na medida em que a saúde, no seu conceito ampliado, passa a ser considerada como direito dos cidadãos e não como dívida. Contudo, ainda estão presentes os frutos das dicotomias históricas que delinearão a assistência à saúde no Brasil, como a dicotomia entre o universal e o particular, entre o coletivo e o individual, entre o público e privado.

Nesse sentido constata-se hoje um real avanço na reorganização do setor saúde no país, contando agora com o pré-requisito indispensável dos dispositivos constitucionais. Não obstante, esses avanços institucionais contrastam não só com a gravidade do quadro sanitário brasileiro, mas com o impacto das recentes transformações da engenharia institucional do setor frente à nova concepção de direito à saúde como algo bastante mais abrangente do que a simples assistência médica curativa e preventiva (COHN *et al.*, 2010, p. 23).

No mesmo ano da lei n. 8.080 foi regulamentada a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, reforçando o princípio da participação social.

A Constituição Federal e as leis 8.080/90 e 8.142/90 procuraram garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, inclusive incentivando a participação dos cidadãos brasileiros na criação, implementação e avaliação das políticas de saúde e na própria gestão do SUS, especialmente por meio dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo e composição que privilegia as entidades e os movimentos da sociedade civil. Estes têm garantidas 50% de suas vagas, sendo a outra metade dividida entre representantes dos trabalhadores (25%) e dos prestadores de serviços (25%).

Contudo, o contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. No período de 1991 a 1994 foi implementada uma política neoliberal privatizante, marcada pela rediscussão do papel do Estado e proposta de redução do mesmo. O neoliberalismo surgiu nos anos 1970 como corrente ideológica liberal radical, em reação ao

Estado Social e ao Estado Desenvolvimentista, e incentiva o livre-mercado, a privatização, a capitalização e a diminuição do tamanho e importância do Estado e, principalmente, de suas funções sociais, para enfraquecê-lo (BRESSER-PEREIRA, 2010).

Em sua proposta de acesso universal, integral e equânime, o SUS afronta diretamente os princípios capitalistas e neoliberais. Nesse contexto, não foi (e ainda não é) simples implementar e manter políticas que caminham na contramão do sistema produtivo e dos processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social. Assim, o Estado, completamente fragilizado no cenário neoliberal, demorou anos para dar vida ao recém-criado SUS (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Nesse período, foram editadas as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs), instrumentos normativos para regular o financiamento e as transferências de recursos da União para estados e municípios, dentre outros aspectos. A primeira NOB foi editada em 1991 e redefiniu toda a lógica do financiamento, repasse de recursos e, consequentemente, de organização do SUS, pois instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços.

Com esse modelo, estados e municípios passaram a receber por procedimentos realizados, com tabelas estipulando os valores a serem repassados por cada procedimento, “impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados” (POLIGNANO, 2006, p. 24).

Mesmo nesse cenário de crise, ocorreram alguns avanços privilegiando a lógica da integralidade da atenção à saúde. Entre eles, destacam-se a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), de 1994, e do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), cuja criação oficial data de 1992.

O Programa Saúde da Família (PSF), proposto em 1994, obteve bons resultados e foi elevado à condição de estratégia. Objetiva reestruturar os sistemas municipais de saúde, fortalecendo a atenção básica no SUS. Esse programa surgiu com o intuito de reorganizar o trabalho em saúde, propondo o trabalho em equipe, o vínculo com a comunidade, a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários. O enfoque mais forte é a promoção da saúde e prevenção de doenças. Já o CAPS surgiu no bojo da luta antimanicomial e visa à reabilitação psicossocial de usuários do SUS com transtornos mentais em fase estável (não aguda), prezando o trabalho em equipes multiprofissionais, a autonomia dos usuários e o vínculo.

Contudo, apesar de constituírem avanços, vale ressaltar que esses novos modelos de atenção foram frutos de intensa mobilização e reivindicação popular, principalmente na forma

de movimentos sociais, assim como ocorreu com o próprio SUS. Além disso, a criação desses serviços de saúde não significou grandes alterações imediatas; a implantação e o real funcionamento desses e de outros serviços se deram paulatinamente.

Segundo Bresser-Pereira (2010), em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, o SUS se encontrava em profunda crise, sendo os serviços ofertados insuficientes e ineficientes e frequentes as denúncias de corrupção. Em 1996, teve início uma reforma gerencial, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que, teoricamente, teria vigência de um ano, podendo os recursos arrecadados ser utilizados somente no setor saúde, e a instituição da Norma Operacional Básica (NOB) 96 que, entre outros fatores, definiu fontes de financiamento para o sistema, dando destaque à descentralização e à municipalização dos serviços e da gestão do sistema.

A NOB/96 substituiu por um financiamento per capita o antigo financiamento por procedimento, com intenção de fortalecer a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse modelo de financiamento possibilitou aos municípios desenvolver modelos diferenciados de atenção à saúde da população (POLIGNANO, 2006).

Contudo, a pressão neoliberal pelo enxugamento do Estado no setor saúde se manteve forte e pode ser exemplificada pela entrevista concedida por George Alleyne, então diretor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao jornal Folha de São Paulo no ano de 1998 (GAZIP, 1998), em que o diretor defendeu o fim da gratuidade nos serviços de saúde, sugerindo que o governo brasileiro passasse a oferecer apenas uma “cesta básica” de serviços mais simples de saúde, ficando os procedimentos mais caros e complexos por conta da iniciativa privada.

Gouveia e Palma (1999), ao criticarem a entrevista, destacam que o dirigente da OPAS propôs que o governo brasileiro abandonasse os princípios constitucionais relacionados à saúde, sugerindo que o direito de assistência à saúde fosse substituído por determinados procedimentos simplificados e de baixo custo, os demais ficariam destinados aos que pudessem pagar. Aos mais carentes restariam os pronto-socorros e hospitais de caridade, “a exemplo dos velhos tempos em que havia pacientes de primeira, segunda e terceira classe.” (GOUVEIA; PALMA, 1999, p. 141).

Diante dos problemas observados na implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a definição das responsabilidades, do planejamento e da organização do sistema, além da resolutividade e acesso a serviços, iniciou-se amplo processo de discussão entre os gestores e, em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a

Saúde (NOAS/SUS 01/01), revista e publicada em 2002, com objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2007a).

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS. Entre as prioridades debatidas pode-se citar: o compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial e a luta por mais recursos financeiros para a área da saúde. O debate acerca dessas prioridades culminou na elaboração e na divulgação do Pacto pela Saúde, um dos mais recentes avanços da normatização do SUS.

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, visa à consolidação do SUS, é uma reafirmação dos princípios e diretrizes para o fortalecimento e melhor operacionalização do sistema de saúde. Trata-se de um acordo entre as três esferas governamentais, constituído de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2007b).

O Pacto pela Vida propõe um conjunto de compromissos sanitários provenientes da análise dos indicadores epidemiológicos de saúde e expressos em objetivos e metas, com foco em resultados. Com base nos indicadores epidemiológicos, foram definidas seis prioridades: controle do câncer de colo de útero e de mama; saúde do idoso; redução da mortalidade infantil e materna; promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e fortalecimento da Atenção Básica (*Ibidem*).

O Pacto em Defesa do SUS sugere um movimento de repolitização, para reafirmar o SUS como política de Estado e não de governo, garantir o incremento de recursos financeiros e incentivar a população a conhecer melhor os princípios e diretrizes do SUS e seus direitos de saúde, esclarecendo o muito que se pode fazer mediante a escassez de recursos por meio de ações desenvolvidas junto à opinião pública (*Ibidem*).

Já o Pacto de Gestão visa ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, estabelecendo as responsabilidades de cada esfera de governo e avançando no sentido da regionalização e descentralização do SUS. Além disso, o Pacto de Gestão estabeleceu as ações e serviços de atenção básica à saúde que são responsabilidades a serem assumidas por todos os municípios. As responsabilidades sobre as demais ações e serviços de saúde serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal (*Ibidem*).

A Política Nacional de Atenção Básica, formalizada em 2006, propõe que a Estratégia de Saúde da Família seja o modelo de reorientação da atenção básica, com pressupostos como o acolhimento, o vínculo, a territorialização, o trabalho em equipe e o incentivo à participação popular. A organização do SUS tem buscado também avançar na regionalização e descentralização da rede de serviços de saúde (PAIM, 2009).

O SUS é responsável por diversos programas e políticas de saúde, como o Hiperdia (assistência a pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus); a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); o Programa Brasil Sorridente (assistência odontológica); o Programa Nacional de Combate à Dengue; o Programa Farmácia Popular (que fornece alguns medicamentos gratuitamente e outros a baixo custo); o Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (PAISI); o Programa De Volta Para Casa (que auxilia financeiramente na reinserção social de portadores de transtornos mentais provenientes de internações de longa permanência); a Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS); dentre outros.

O SUS é responsável, ainda, pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerado uma das mais bem-sucedidas estratégias de vacinação do mundo, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por pesquisadores internacionais. O Brasil também tem sido considerado referência no Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e no controle do tabagismo (PAIM, 2009).

Num levantamento realizado em 2002, verificou-se que mais de 90% das pessoas eram usuárias do SUS, sendo 28,6% delas usuárias exclusivas do sistema. Isso, considerando a ideia de usuário restrita aos serviços médico-hospitalares, porque, ampliando-se esse conceito, todos os cidadãos brasileiros são usuários do SUS, seja nas campanhas nacionais de vacinação, no combate à dengue realizado pela vigilância epidemiológica, nos alimentos e produtos consumidos pela população, que são inspecionados e controlados pela vigilância sanitária, dentre outros (*Ibidem*).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (PORTAL BRASIL, 2015), no ano de 2014, o SUS realizou 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia. Foi responsável pela movimentação de 98% do mercado de vacinas. Esses dados fornecem uma ideia da enorme dimensão alcançada pelo SUS cerca de 25 anos após sua criação, num processo de consolidar-se como um sistema de saúde que atende, direta ou indiretamente, toda a população brasileira e que insere em seus serviços e ações de saúde grande parte dos profissionais de saúde do país.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de grandes desequilíbrios socioeconômicos regionais, torna-se possível compreender porque a implantação do SUS não se tem dado de maneira uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, havendo ainda inúmeros desafios. Para Gouveia e Palma (1999, p. 141), apesar das dificuldades enfrentadas, “[...] o SUS constitui hoje a mais importante e avançada política social em curso no país. E seu caráter público, universal, igualitário e participativo é um interessante exemplo [...] de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado”.

Contudo, Rodrigues (2014) considera a visão de Gouveia e Palma (1999) um tanto utópica, ressaltando que os fatores adversos cobraram um preço alto, impondo limites e desafios que ainda não foram superados e que impedem o fortalecimento do SUS. Para o autor, estes desafios

[...] têm a ver com uma frágil base de sustentação social, com uma competição desigual com o setor privado ou ‘suplementar’ e com sua fragmentação política em milhares de governos municipais, cuja maioria não tem capacidade ou interesse para organizar uma rede de serviços de saúde condizente com as diretrizes e princípios do SUS (RODRIGUES, 2014, p. 44).

Menicucci (2009) afirma que o maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil está relacionado à definição das formas de articulação da cisão privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Contudo, reconhece que, apesar dos inúmeros desafios, o SUS vem-se institucionalizando.

Já Santos (2007) aponta como principal problema a persistência dos velhos modelos de atenção e de gestão, com seus desperdícios estruturais ameaçando a efetividade do SUS, que segue determinado pelos rumos da macropolítica e macroeconomia dominante no país. Soares e Santos (2014) pontuam que o subfinanciamento do SUS é de fato uma política de Estado, tendo persistido durante os governos de diferentes partidos.

Apesar desses inúmeros desafios, impostos ao SUS, Souza (2007) pondera que o sistema constitui uma proposta extremamente ambiciosa, na medida em que os princípios de universalidade e integralidade sugerem suprir tudo para todos:

Do ponto de vista dos princípios, a universalidade significa que o SUS é para todos e a integralidade significa que é tudo. Assim, o nosso desafio é assegurar tudo para todos. Esse é um grande desafio, porque se fosse tudo para alguns, ou alguma coisa para todos seria muito mais fácil. Mas tudo para todos é o grande desafio e, ao mesmo tempo, é a grande riqueza do SUS (p. 767).

Paim (2009) ressalta que

Mais que um balanço entre conquistas e impasses, ou triunfalismos e derrotismos, importa retomar o fio da história, para que a Reforma Sanitária não se transforme numa promessa não cumprida pelas forças políticas que apostaram na democracia e num novo projeto de sociedade para o Brasil (p. 125).

É necessário lembrar também que o tempo de história do SUS ainda é pequeno, tratando-se de uma proposta audaciosa num país marcado por tamanha desigualdade. O SUS, provavelmente em decorrência de sua idealização no seio de movimentos populares, representa, em vários aspectos, uma proposta contra-hegemônica baseada em princípios de justiça social.

No bojo dos conflitos de interesse, existem grupos que buscam desacreditar e denegrir o SUS, uma vez que o modelo de atenção à saúde que tem sido dominante na sociedade brasileira no último século está embasado em um projeto político, explícito ou não, que reproduz a maneira como essa sociedade está estruturada bem como as relações sociais e de trabalho que lhe são características (BRASIL, 2007c).

A cultura de progresso capitalista não explicita as causas das mazelas sociais como determinantes da própria ordem social. Convém que os motivos do que acontece na sociedade moderna estejam localizados nos sujeitos, nos seus comportamentos, hábitos, sexo, raça e organismo biológico, não se considerando a influência dos fatores sociais ou da subjetividade individual no processo saúde/doença (CIRQUEIRA, 2011).

Acusam-se os pais de uma criança desidratada por não se preocuparem com o filho, culpa-se a criança da classe popular que não aprende na escola por não se esforçar, ou explica-se o acidente sofrido pelo operário como resultado de sua falta de atenção. Assim, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva. (VALLA; STOTZ, 1989, citados por VALLA, 1998, p. 10).

Além disso, inculca-se a ideologia de que as possibilidades de acesso a condições de saúde são iguais para todos, a depender da quantidade/qualidade de trabalho dedicada ao sistema de produção e, por consequência, acesso a bens e serviços, incentivando o consumo e camuflando, mais uma vez, a influência de fatores sociais, culturais, políticos e individuais nesse processo (CIRQUEIRA, 2011).

O trabalho em saúde demarca significativo espaço nesse processo permanente de construção da sociedade. Por isso, é visto como prática social, porque também tem

corroborado na produção e reprodução da sociedade, o que explicita seu caráter educativo. Ou seja, o agir em saúde não é um fazer neutro, o trabalho em saúde possui uma dimensão política e ideológica, sempre ligada a um projeto de sociedade.

Não só o trabalho em saúde como a própria ciência em si não são neutros e podem privilegiar avanços e interesses inter-relacionados com os das classes dominantes, de modo que precisamos superar a visão ingênua de que a ciência e a tecnologia são neutras e de que o crescimento delas é diretamente proporcional ao desenvolvimento humano e social, pois esse desenvolvimento linear não é verdadeiro (FOUREZ, 1995; VAZ; FAGUNDES; PINHEIRO, 2009).

Assim, considerando as peculiaridades sobre a assistência à saúde no Brasil e sobre o Sistema Único de Saúde e considerando, também, que a ciência e o trabalho em saúde não se constituem e não se reproduzem de forma neutra, torna-se necessário questionar em que perspectiva estão sendo formados os profissionais de saúde para atuar no SUS. Contudo, antes de adentrar esse questionamento, convém compreender as concepções de mundo/sociedade, homem, saúde e educação presentes no SUS bem como sua proposta de formação para atuação profissional, ou seja, a perspectiva de atuação é esperada dos profissionais de saúde para atuar no âmbito desse sistema de saúde.

1.3 Concepções e perspectivas de atuação profissional do SUS

Em sintonia com a perspectiva de atuação desejável no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (MS) tem apresentado iniciativas de aproximação com as instituições formadoras, buscando contribuir com propostas na reorientação da formação profissional em saúde. Segundo o MS, a formação de profissionais para atuar na área da saúde deve ter como objetivo a capacidade de prestar cuidado às várias necessidades de saúde das pessoas e das populações. A melhor síntese para essa designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade.

A atenção integral à saúde implica a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação; pressupõe práticas inovadoras em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários e conhecimento da realidade de vida das pessoas bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Diversas ações, estratégias e projetos têm sido concebidos pelo governo nacional na tentativa de melhorar a qualidade no ensino superior em saúde no Brasil. Um bom exemplo

disso foi a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), enfatizando que o Ministério da Saúde priorize a reorganização da formação dos novos profissionais de saúde e a educação permanente dos trabalhadores já inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas das principais ações e estratégias do DEGES que envolvem a universidade e as mudanças na graduação em saúde estão delineadas em três documentos, publicados em 2004: o EducarSUS; o AprenderSUS e o Ver-SUS como, também, no Pró-Saúde, Promed, no PET Saúde e Residências multiprofissionais (BATISTA, 2013).

O caderno *AprenderSUS: SUS e os cursos de graduação da área de saúde* (BRASIL, 2004a) busca acentuar nas instituições formadoras seu compromisso com o aprendizado sobre o Sistema Único de Saúde e com a implementação das diretrizes curriculares nacionais. O AprenderSUS defende a integralidade como eixo central da formação dos profissionais, para promover transformações nas práticas profissionais, na gestão e na organização do trabalho.

O Pró-Saúde e o PET-Saúde são programas dirigidos aos cursos de graduação em Saúde. O Pró-Saúde foi criado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005), contemplando inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, permanecendo a aposta de mudança nas graduações em saúde, tendo como foco a Atenção Primária à Saúde. O principal objetivo do Pró-Saúde é reorientar a formação dos profissionais de saúde, modificando concepções teóricas, metodologias de ensino-aprendizagem e os cenários de prática em saúde, através da integração ensino-serviço. Busca uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2007d).

Dentre os objetivos específicos do programa destacam-se:

- reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; [...]
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; [...]
- incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contrarreferência; [...]
- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS. (*Ibidem*, p. 13).

Pode-se perceber, no documento, que o Pró-Saúde visa incentivar a transformação do processo de formação, a geração de conhecimento e a prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a consequente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a rede SUS, com ênfase na atenção básica desde o início da formação em saúde.

A formação do profissional de saúde, segundo o Ministério da Saúde, deve considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho e da própria concepção de saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, buscando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Essa proposta é oriunda das concepções que o Sistema Único de Saúde possui, arraigadas em seu processo de construção coletiva. Essas concepções nasceram junto com o próprio SUS, decorrentes de seu projeto e de sua história; fazem parte de sua essência; são referências para explicar/resolver os problemas que a existência apresenta e balizar opiniões e ações; e podem ser identificadas a partir de um processo de abstração. No presente estudo são utilizados documentos oficiais relacionados ao SUS para a identificação das concepções de homem, de mundo/sociedade, de saúde e de educação.

1.3.1 Concepções do SUS

A concepção de saúde presente no SUS é a de saúde como direito, conquista social. Concepção ampliada de saúde que procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades.

O SUS propõe a superação da concepção biomédica, baseada na abordagem mecanicista do corpo e cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e na figura do médico. Concepção reducionista que, ao focar a doença e subentender a saúde como seu oposto, desconsidera as várias dimensões do processo saúde-doença. A concepção ampliada de saúde sugere que os profissionais de saúde tornem-se

[...] mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica, mas nas condições de vida, de trabalho, culturais, entre outras (BRASIL, 2004a, p. 7).

De acordo com Batistella (2007), o grande mérito dessa concepção de saúde está justamente na explicitação das determinações sociais da saúde e da doença, que, muitas vezes, são negligenciadas nas concepções que privilegiam a abordagem individual e biologicista.

Para combater as iniquidades de saúde, é preciso conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população. Precisa-se, ainda, saber estabelecer as relações dessas condições de vida com o trabalho e incentivar que a sociedade “se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam [...] buscando, com isso, obter o apoio político necessário à implementação de intervenções.” (BATISTELLA, 2007, p. 69).

Contudo, esse processo de conscientização⁴ social acerca da estreita relação entre saúde, condições de vida e iniquidades não é simples e, na maioria das vezes, a concepção ampliada não é a que baliza a prática da assistência à saúde. O modelo biomédico, que exclui esses fatores sociais e políticos do processo saúde-doença e traz o foco das doenças para os agentes etiológicos e para os comportamentos individuais se ajusta melhor aos interesses de reprodução do modelo capitalista, de modo que o pensar e o agir em saúde estão atrelados ao modelo vigente de sociedade e de produção econômica.

Nos documentos do SUS, o mundo/sociedade é visto como espaço contraditório, de relações sociais historicamente tecidas, reconhecendo que as compreensões e ações no campo da saúde são resultantes dessas relações:

Os modos como as sociedades identificam seus problemas individuais e coletivos de saúde, buscam explicação para os mesmos e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem sempre dos determinantes estruturais, políticos e ideológicos vigentes em cada sociedade (BRASIL, 2004a, p. 16).

Os conflitos de interesses entre diferentes classes se refletem nas iniquidades, num mundo de opressão objetiva e subjetiva numa sociedade de desigualdades extremas, que constitui terreno propício para a criação e manutenção de situações de dualidade, onde os interesses de determinadas classes prevalecem sobre os das demais.

As iniquidades em saúde que se observam numa sociedade entre grupos e indivíduos, as quais, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Há muito se reconhece que os principais

⁴ Tomada de consciência da natureza das relações humanas na sociedade em que se vive, especificamente da relação oprimido/opressor, e das possibilidades para modificar essa relação.

determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social (BRASIL, 2007d, p. 44).

Desse modo, o SUS sugere que as ações de saúde considerem as desigualdades de renda, de poder político, de acesso a bens e serviços, de condições de trabalho e condições de vida em geral, o que se reflete no princípio de equidade.

A desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa (BRASIL, 2007d, p. 44).

Nessa sociedade de classes, os processos, ações e práticas em saúde estão, muitas vezes, atrelados a interesses políticos, sociais e econômicos, que não são os dos usuários do SUS. Há um cenário de jogos de interesses, uma vez que a assistência à saúde é um setor potencialmente muito rentável para corporações médicas, indústrias farmacêuticas, planos de saúde e outros. No movimento histórico das relações sociais, encontramos uma série de justificativas ideológicas introjetadas pelo opressor para manter determinadas relações de poder.

Destaca-se que atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários para serem sujeitos da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais). (BRASIL, 2004a, p. 8).

Ao propor a atenção integral, a equidade, a universalidade e a participação social, o SUS busca avançar na contra-hegemonia dessas relações de poder incrustadas na sociedade, sugerindo, inclusive, que repensemos as relações para o desenvolvimento da autonomia dos usuários, desincentivando a manutenção das relações de dominação.

A integralidade da atenção e uma educação dos profissionais orientada para a integralidade, certamente, são parte importante de um processo de mudanças com repercussão na sociedade, na gestão setorial e na identificação com os usuários das ações e dos serviços de saúde. (*Idem*, p. 17).

Apesar da carga ideológica atribuída aos oprimidos, os princípios do SUS e sua forma de organização caminham no sentido de estimulá-los a recuperar sua identidade de sujeitos de sua história e de seus direitos, incentiva que, mediante debates, encontros, engajamento nas lutas, estes possam conscientizar-se, descobrir e compreender a sociedade em que vivem, desvelando o caráter histórico, portanto mutável, dessa sociedade.

Nessa perspectiva, o homem é sujeito e agente do processo histórico, um ser que se faz em suas relações com o mundo e com os outros. Transparece nos documentos do SUS uma concepção de homem enquanto ser atuante, cidadão e autônomo, sendo o principal exemplo disso a afirmação da participação popular como direito e como princípio desse sistema de saúde. Trata-se de uma concepção de homem coletivo, que contrapõe a concepção de homem-massa, homem objeto. A concepção do SUS percebe o homem enquanto ser integral, multidimensional, buscando a superação da visão do homem fragmentado, “fatiado”, de corpo e mente passíveis de separação, de estudo restrito às diferentes partes do corpo humano.

Contudo, essa concepção de homem enquanto ser integral, atuante, cidadão e autônomo não tem sido, muitas vezes, considerada, efetivamente, na prática em saúde. Concorde-se com Vasconcelos (2004) quando este aponta que o princípio da participação popular é, geralmente, aceito e defendido por todos, mas não são tomadas atitudes para que ele se efetive de fato, como se ele pudesse ser operacionalizado automaticamente nos espaços formais como os conselhos e conferências de saúde. As questões gerenciais e burocráticas acabam por não promover a participação real dos usuários dos serviços de saúde nas decisões tomadas e executadas no dia a dia dos serviços.

O SUS, na contramão do modelo biomédico, defende que o homem, no sentido de ser humano, deve ser o foco principal do processo de trabalho em saúde:

O trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria, entretanto, centrar-se na correspondência aos interesses do usuário, inclusive de contribuir para a sua autonomia e para a sua capacidade de intervenção sobre sua própria vida. (BRASIL, 2004a, p. 6).

O usuário do SUS tem o direito de participar das decisões sobre a organização e gestão do sistema e, principalmente, sobre sua própria vida, pois a ideia é que ele seja autônomo e livre. Ser livre é conquistar e exercitar a possibilidade de dizer sua palavra; é a condição do ser humano de responder à sua vocação de protagonista de seu destino, posicionar-se e refletir sobre “sua ontológica vocação de ser sujeito” (FREIRE, 1988, p. 106).

Há então a instigação do homem histórico, consciente e crítico, compromissado com as tarefas do seu tempo e com a construção de outra realidade social. Contudo, vale ressaltar que a conscientização não é um processo rápido ou automático, não é rigorosamente programada nem resulta necessariamente em transformação social, uma vez que existem múltiplos fatores envolvidos nesse processo (GADOTTI, 2001).

Na concepção de Freire (1988), o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria história e formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo. Essa consciência é pré-requisito para o processo de construção de conhecimento. Deve-se buscar a consciência crítica, que é a transferência do nível de assimilação dos dados, do mundo concreto e imediato para o nível de percepção subjetiva da realidade abstrata e complexa.

A emancipação é um processo compartilhado, construído coletivamente, de superação e libertação das formas de opressão, exploração, discriminação e violência; representa a autonomia e o empoderamento dos sujeitos de modo a reconhecerem sua capacidade crítica, seu protagonismo e seu poder de mobilização e de luta na direção de seus interesses de classe, reconhecendo que a libertação acontece na relação com o outro.

Na sociedade de classes, há uma alta carga ideológica que dificulta a conscientização e engajamento dos sujeitos, buscando manter a constante reprodução do modo de produção vigente. Nesse cenário, a educação desempenha, muitas vezes, função política de criar as condições necessárias à manutenção dos interesses e da hegemonia da classe dominante (ALTHUSSER, 1992). Isso vale para o ensino em saúde:

A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários (BRASIL, 2004a, p. 6).

Assim, o ato educativo cotidiano não é um ato isolado, mas integrado a um projeto social e global. A educação é política. É política porque transmite modelos sociais, porque difunde ideias e ideologias políticas, porque participa na formação da personalidade, “o que precisamos é ter clareza do projeto político que ela defende, politizando-a” (GADOTTI, 2012, p. 166).

O SUS sugere uma concepção dialética de educação na medida em que propõe o desenvolvimento de múltiplas capacidades, o fortalecimento da consciência de classe para intervir de modo crítico, organizado e criativo na transformação estrutural da sociedade.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (BRASIL, 2004a, p. 6).

As habilidades do homem devem ser desenvolvidas em todos os domínios, ou seja, no trabalho, na política, na cultura, na economia, etc. É uma concepção de educação emancipatória, que pode constituir-se em instrumento de luta da classe oprimida, em lugar de contra-hegemonia.

De acordo com Maciel (2009), ainda predomina na área da saúde uma educação centrada basicamente na transmissão de conhecimentos, chamada por alguns autores de educação bancária, na qual aquele que supostamente sabe mais (o professor) transmite o conhecimento ao que sabe menos (aluno), numa espécie de depósito bancário que retorna ao professor no momento da avaliação.

Além disso, a prática e o ensino em saúde vinculados ao modelo hegemônico de assistência à Saúde se baseiam num raciocínio tradicional, reducionista e autoritário, seguindo regras como a de não aceitar como verdade nada que não possa ser provado e evidenciado como tal.

Apesar de os setores produtores de equipamentos, medicamentos e tecnologia armada em instrumentos e aparelhos de diagnóstico e terapêutica imporem a perspectiva hospitalocêntrica, procedimento-centrada e medicalizadora, um projeto de educação formulado como política pública poderá disputar a formação de profissionais com um caráter reverso, isto é, a cadeia de cuidados progressivos à saúde, a integralidade da atenção e a atuação em equipes matriciais de saúde, onde o centro de todo o trabalho em saúde seja o usuário de suas ações e seus serviços (BRASIL, 2004a, p. 16)

Pode-se então questionar: a universidade é capaz de formar profissionais que possam formular uma concepção de mundo em sintonia com os interesses populares? Sem pretensão de responder a essa pergunta, destaca-se que os documentos do SUS apontam as limitações dos modelos educacionais conservadores e propõem, por exemplo, maior integração entre teoria e prática, maior aproximação com os serviços públicos de saúde e com os usuários desses serviços.

A escola deve integrar, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares (BRASIL, 2007d, p. 21).

De acordo com Gadotti (2012), essas iniciativas de atuação crítica junto à população podem contribuir para romper com o autoritarismo e engessamento da universidade. A formação do homem se dá pela elevação da consciência coletiva, no processo de trabalho que cria o próprio homem; a educação é social, científica, não deve centrar o ato pedagógico no professor ou no aluno, mas, sim, na relação dialética entre ambos e com o meio, pois o que se busca é a construção do homem coletivo.

Há o reconhecimento de que a educação hegemônica funciona como instrumento de perpetuação da desigualdade, que oculta a realidade e aparece simplesmente como uma questão técnica sustentada pelos princípios da ciência, mas que tem servido a um poder que oprime.

Trata-se de superar o ensino disciplinar tradicional, criando-se unidades baseadas em um objeto e problematizando sobre o mesmo, em que se conjugam diversas ciências e técnicas para dar respostas científicas (BRASIL, 2007d, p.40).

Assim, a questão da formação de profissionais para atuar na área da saúde insere-se na discussão mundial sobre os sistemas de saúde, modelos de assistência e práticas de cuidado; é colocada por diversos autores como estratégia de ação do SUS para mudar as práticas de saúde e a organização do serviço (BATISTA, 2013). Torna-se evidente que há um novo contexto de atenção à saúde e esse novo cenário exige mais do que um prestador de serviços de saúde; exige um profissional capaz de compreender as concepções e diretrizes do SUS e considerá-las, de fato, em sua prática diária. O SUS defende a formação de um profissional apto a atuar de forma crítica, articulando a dimensão técnica à dimensão política e social no atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, incentivando o desenvolvimento da autonomia e a emancipação dos sujeitos.

Para tal, os documentos analisados sugerem uma reorganização dos cursos de formação profissional em saúde, considerando a reorientação da formação preconizada pelas políticas públicas de saúde e de educação; a superação do modelo biomédico e da assistência à saúde como perpetuadora de desigualdades; e o acompanhamento dos avanços na direção de outro paradigma. Após a compreensão desse cenário, trata-se, no próximo capítulo, das

características, concepções e perspectivas de formação presentes nos projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí.

2 Concepções da formação em saúde: da aparência à essência

Durante muitas décadas a atenção à saúde foi centrada na supervalorização da rede hospitalar, na hiperespecialização profissional, na fragmentação do cuidado, na desarticulação entre os diferentes profissionais de saúde, na falta de autonomia e engajamento dos sujeitos e na fragmentação da formação profissional (PAIM, 2009).

Nos últimos 30 anos, esse cenário tem sofrido mudanças visando um novo modelo de atenção à saúde. Esse modelo foi influenciado pela Declaração de Alma-Ata, de 1978, que definiu a atenção básica ou primária como estratégia de promoção de saúde para todos; pelos movimentos reformistas no Brasil na década de 1970 e 1980, que culminaram na criação do SUS em 1988; e pela lei 8080/90 que determina, dentre outras questões, a mudança nas formas de realizar ações de saúde, mudanças no campo da formação dos profissionais de saúde e consolidação de um novo contexto de saúde no país (BRASIL, 2002a; GIL, 2005).

Nesse cenário de mudança, o papel do profissional de saúde também tem sido resignificado na perspectiva da atenção integral à saúde. Consequentemente, a formação em saúde passou a ser cada vez mais questionada, a partir da constatação de que grande parte das instituições de ensino ainda prioriza o conhecimento científico fragmentado em disciplinas e/ou especialidades, a racionalidade, o desempenho individual e a dicotomia entre teoria e prática. “O resultado dessa construção do conhecimento compartimentado é a formação de racionalidades com base no modelo restrito à especialização que dificulta um saber para além da respectiva área” (BRASIL, 2008, p. 19).

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é apreender as concepções (de mundo/sociedade, de homem, de saúde e de educação) e perspectivas presentes nos projetos de formação dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí a partir da análise dos conteúdos dos Projetos Pedagógicos destes cursos.

2.1 Os projetos pedagógicos dos cursos

Legalmente, os Projetos Pedagógicos de Curso devem embasar-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde. A instituição das DCN ocorreu em um contexto oportuno em que, por um lado, a Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu um sistema de saúde regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento universal e integral, o SUS; por outro lado, a homologação da Lei de

Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, permitiu a flexibilização dos projetos de formação.

No ano de 2001, foi realizada uma audiência pública, na sede do Conselho Nacional de Educação para apreciação das propostas de diretrizes apresentadas, contando com a participação de representantes de várias instituições da área da educação e da saúde. Desse modo, entre 2001 e 2004, foram publicadas as resoluções que instituíram as DCN para os cursos da área da saúde.

As Resoluções que instituem as diretrizes para os cursos que integram este estudo (BRASIL 2001a, 2001b, 2002b, 2003, 2004b e 2014) definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação profissional, devendo ser consideradas, em âmbito nacional, para a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos desses cursos. O objetivo das mesmas é construir o perfil acadêmico e profissional com as competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, de modo que os egressos dos cursos de graduação da área da saúde sejam capazes de atuar com qualidade e resolutividade no SUS, levando em consideração a proposta da saúde coletiva. Todas as DCN consultadas preconizam como perfil de egresso um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde.

As competências e habilidades gerais preconizadas nas DCN para os cursos de graduação em saúde são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e, ainda, educação permanente.

As diretrizes não exigem um formato ou conteúdo específico para os PPCs, mas pontuam que estes devem ser construídos coletivamente e que deverão buscar a formação integral e adequada do estudante por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. A elaboração do projeto pedagógico fica, então, a cargo de cada instituição de ensino superior, que pode incluir aspectos complementares no tocante ao perfil, às competências, às habilidades e conteúdos, considerando a inserção institucional do curso e as necessidades, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

De acordo com Abbagnano (2007, p. 800), o termo projeto designa “[...] a antecipação de possibilidades: qualquer previsão, predição, predisposição, plano, ordenação, predeterminação, etc”. Ou seja, um projeto é um plano, um delineamento organizado de algo que se pretende realizar ou alcançar.

Desse modo, pode-se dizer que o Projeto Pedagógico de um curso é o planejamento de como se deve organizar, estruturar e conduzir o processo de formação, para que se alcance o objetivo de formar os alunos numa determinada perspectiva. Então, para a construção do

Projeto Pedagógico de um curso, faz-se necessário questionar sobre o indivíduo que se quer formar, para quê se quer formá-lo, devendo o projeto definir como fazê-lo.

Esse projeto deve estar em constante movimento, num processo contínuo de análise e mudanças, a partir de reflexões e avaliações. O PPC é considerado documento norteador da formação, de que constam as marcas balizadoras da ação institucional, atendendo aos princípios do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), devendo explicitar “os fundamentos políticos, filosóficos, teórico-metodológicos, os objetivos, o tipo de organização, bem como as formas de implementação e avaliação do curso” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2012, p. 11).

Devido a esse caráter atribuído ao PCC, de norteador da formação, optou-se pela análise desse documento. Os desdobramentos das DCN nos cursos pesquisados serão abordados concomitantemente à exposição e posterior análise dos dados dos projetos de formação dos cursos. Antes de abordar as características dos PPCs de cada curso pesquisado, apresentam-se, no quadro 1, os dados gerais dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí.

Quadro 1 - Dados gerais dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí.

Curso	Biomedicina	Educação Física	Enfermagem	Fisioterapia	Medicina
Modalidade	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial
Grau acadêmico	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado	Bacharelado
Turno de oferta	Integral	Predominante mente noturno	Integral	Integral	Integral
Vagas oferecidas	40	40	30	40	60
Carga horária total (horas)	4.000	3.200	4.446	4.180	7.632
Duração (mínima/máxima), em semestres	8 / 12	8 / 14	10 / 16	10 / 15	12 / 18
Ano de início das atividades	2007	2010	2008	2010	2014

Fonte: Elaboração da autora.

A amostra de cursos desta pesquisa é constituída, então, por cursos da área de ciências da saúde, ofertados na modalidade presencial, que conferem o grau acadêmico de bacharelado e, à exceção do Curso de Educação Física, todos ofertados em turno integral. O curso que oferta o menor número de vagas anual é o de enfermagem e o que oferta o maior número é o de Medicina, também o que iniciou suas atividades há menos tempo, ao passo que o Curso de

Biomedicina é o mais antigo dentre eles. Os cursos que apresentam menor duração são os de Educação Física e Biomedicina e o que apresenta a maior é o de Medicina.

Para compreensão dos diferentes núcleos apresentados nos PPCs dos cursos, faz-se necessário recorrer ao Regulamento Geral dos Cursos de Graduação (RGCG) da UFG para explicá-los. De acordo com esse documento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2012), os conteúdos dos cursos deverão ser distribuídos em Núcleo Comum, Núcleo Específico, Núcleo Livre e Atividades Complementares.

O Núcleo Comum (NC) contempla conteúdos comuns à formação do profissional, sendo composto por disciplinas obrigatórias, perfazendo um máximo de 70% da carga horária do curso. O Núcleo Específico (NE) abrange os conteúdos que darão especificidade à formação do profissional, devendo ocupar um mínimo de 20% da carga horária, podendo ser composto apenas por disciplinas obrigatórias ou ofertar também disciplinas optativas. O somatório da carga horária do NC e do NE totalizará um mínimo de 80% da carga horária de disciplinas para a integralização curricular (*Ibidem*).

O Núcleo Livre (NL) integra conteúdos que objetivam garantir liberdade ao aluno para ampliar e diversificar sua formação, promover a interdisciplinaridade e possibilitar o aprofundamento em áreas de interesse, sendo composto por disciplinas eletivas ofertadas nesta modalidade (NL) por qualquer um dos cursos da universidade, devendo atingir carga horária mínima de 128 horas. Já as Atividades Complementares (AC) referem-se ao conjunto de atividades acadêmicas, exceto disciplinas, escolhidas e desenvolvidas pelo aluno durante o período disponível para integralização curricular, incluindo participação em eventos científicos, iniciação científica, atividades culturais e outras, devendo atingir um mínimo de 100 horas. A seguir são apresentadas as especificidades dos PPCs de cada um dos cursos pesquisados (*Ibidem*).

2.1.1 Curso de Graduação em Biomedicina

O PPC vigente do Curso de Graduação em Biomedicina foi elaborado em 2010, pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso, com a colaboração de técnicos-administrativos e de duas representantes discentes, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Conselho Nacional de Educação (CNE) e nas resoluções e regimentos da UFG bem como na legislação do Conselho Federal de Biomedicina.

De acordo com o PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a), o curso de Biomedicina visa a formar um profissional generalista comprometido com os princípios éticos, científicos e tecnológicos de sua área de atuação. O documento traz como princípios norteadores da formação: a prática profissional, a formação técnica, a articulação entre teoria e prática, a interdisciplinaridade, a formação ética e a função social do profissional. A partir desses princípios, o PPC traça como perfil de egresso um graduado em Biomedicina que possua uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual, ou seja, o mesmo perfil de egresso expresso nas DCN para o curso.

De acordo com o projeto, as atividades práticas e o estágio obrigatório têm a função de fazer a integração entre teoria e prática, levando a um melhor desenvolvimento da relação ensino/pesquisa/extensão nas mais diversas áreas de atuação profissional, promovendo discussões, reflexão e definição de ações com a participação da comunidade.

O estágio curricular obrigatório em Biomedicina tem duração de 700 horas, a serem cumpridas como disciplina obrigatória no sétimo e no oitavo períodos do curso. Além do estágio curricular obrigatório, o acadêmico poderá realizar atividades em Estágio Curricular não obrigatório que complementem sua formação acadêmica. A carga horária do estágio está de acordo com o preconizado pelas DCN, que é de 20% da carga horária total do curso.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é de realização obrigatória e deverá abordar temas associados, direta ou indiretamente, às atividades do campo de atuação do Biomédico. Poderá, ainda, ser produto das atividades de programas de iniciação científica ou de participação em projetos de pesquisa mantidos pela UFG ou instituições conveniadas. O TCC será avaliado, aprovado e homologado por uma banca examinadora, conforme o que preconizam as DCN para a elaboração de um trabalho de conclusão de curso.

Quanto à estrutura curricular, o quadro 2 apresenta a proporção de carga horária de cada um dos núcleos e as disciplinas que os integram.

Quadro 2 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Biomedicina.

Disciplinas		Núcleo Carga horária Porcentagem
1. Anatomia Humana I 2. Anatomia Humana II 3. Bacteriologia 4. Bioestatística 5. Bioética 6. Biofísica	16. Farmacologia II 17. Física 18. Fisiologia Humana 19. Genética Básica 20. Histologia dos Sistemas Orgânicos	Comum obrigatório 1.824 horas 45, 6%

7. Biologia Celular 8. Biologia dos Tecidos 9. Biologia Molecular 10. Bioquímica de Biomoléculas 11. Biossegurança 12. Elementos de Matemática 13. Embriologia 14. Epidemiologia e Saúde Pública 15. Farmacologia I	21. Imunologia Básica 22. Metabolismo Celular 23. Metodologia Científica 24. Micologia 25. Parasitologia básica 26. Patologia Geral 27. Química Analítica 28. Química Geral e Inorgânica 29. Química Orgânica 30. Virologia	
1. Bases do exercício profissional 2. Bioquímica clínica 3. Bromatologia 4. Controle de Qualidade em Análises Clínicas 5. Diagnóstico Molecular 6. Estágio Curricular Supervisionado I 7. Estágio Curricular Supervisionado II 8. Experimentação Animal	9. Genética Humana 10. Hematologia 11. Hematologia Clínica 12. Imunologia clínica 13. Microbiologia clínica 14. Parasitologia clínica 15. Toxicologia 16. Trabalho de Conclusão de Curso I 17. Trabalho de Conclusão de Curso II 18. Urinálise e Líquidos Corporais	Específico obrigatório 1.612 horas 40,3%
1. Biotecnologia 2. Citogenética 3. Citopatologia 4. Ecologia 5. Estatística Experimental 6. Evolução 7. Físico-Química 8. Fitoterapia 9. Genética de Populações 10. Genética Molecular	11. Gestão Laboratorial 12. Histopatologia 13. Imagenologia 14. Introdução à Computação 15. Libras 16. Microbiologia de Alimentos 17. Radiofotobiologia 18. Virologia Médica	Específico optativo 204 horas 5,1%
Disciplinas de diversos cursos		Livre 200 horas 5%
—		Atividades Complementares 160 horas 4%
—		Total geral 4.000 horas 100%

Fonte: Elaboração da autora, com base no PPC do Curso de Graduação em Biomedicina da UFG-Regional Jataí.

Segundo as DCN, os conteúdos do Curso de Graduação em Biomedicina devem contemplar ciências exatas, ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais e

ciências da Biomedicina. Percebe-se, no quadro 2, que há disciplinas das grandes áreas do conhecimento sugeridas nas DCN; contudo, as diretrizes não versam sobre a proporção destas na formação do Biomédico.

Nota-se, então, grande quantidade de disciplinas da área de ciências biológicas e da saúde, com predominância do Núcleo Comum, de modo que, dentre os cursos analisados, o de Graduação em Biomedicina é o único em que o NC é percentualmente maior que o NE. Vale destacar o pequeno ou quase inexistente espaço dado às disciplinas da área de ciências humanas e sociais. Dentre os cursos analisados, apenas o de Biomedicina não possui disciplinas de sociologia, filosofia e antropologia.

As DCN, em seu art. 5º, parágrafo único, afirmam que a formação do profissional Biomédico deve atender ao sistema de saúde vigente no país, à atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado e ao trabalho em equipe. Contudo, a partir da consulta aos ementários das disciplinas do curso, percebe-se que apenas uma disciplina trabalha aspectos relacionados ao SUS, não na perspectiva da saúde coletiva, mas, sim, da saúde pública, estando voltada basicamente para os índices e taxas epidemiológicos. Trata-se da disciplina Epidemiologia e saúde pública, cursada no 5º período do curso, com carga horária de 48 horas teóricas, cuja ementa é a que segue:

História e evolução da epidemiologia. Usos da epidemiologia. Processo saúde e doença. Principais indicadores de saúde e qualidade de vida. Transição demográfica e epidemiológica. Epidemiologia Descritiva: variáveis relativas às pessoas, ao lugar e ao tempo. Métodos empregados em epidemiologia. Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde: vigilância epidemiológica. Aspectos epidemiológicos das doenças infecciosas e não infecciosas. Noções de saneamento básico e saúde pública. Políticas de saúde. Fontes de dados e Sistemas de Informação em Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 37).

As disciplinas de Estágio I e Estágio II promovem estágios em laboratórios conveniados na área de Análises Clínicas (Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Líquidos Corporais, Microbiologia, Parasitologia), bem como em outras áreas de atuação do Biomédico, com a finalidade de aperfeiçoar técnicas e aprimorar os conhecimentos e métodos. As ementas dessas disciplinas, no entanto, não versam diretamente sobre o SUS.

Cabe ressaltar que as ementas não foram analisadas sistematicamente e que podem não corresponder exatamente aos conteúdos trabalhados em cada disciplina. Buscou-se destacar, em todos os cursos analisados, algumas ementas que apresentam potencialidade para que se possa trabalhar o SUS na perspectiva abordada nessa pesquisa. O que não significa que esta

potencialidade irá se materializar no dia a dia da formação ou que outras disciplinas não possam alcançar essa dimensão de abordagem do sistema.

O Curso de Biomedicina, dentre os cinco cursos analisados, é o que apresenta o maior percentual de disciplinas optativas. “Essa exigência tem por objetivo oferecer ao aluno a possibilidade de aprofundar seu conhecimento em áreas de seu interesse” (*Ibidem*, p. 72). Contudo, não há nenhuma disciplina optativa ofertada pelo curso que propicie ao aluno a aproximação com o sistema de saúde vigente no país.

O aluno tem a possibilidade de cursar alguma disciplina de Núcleo Livre, ofertada por outro curso, que trate da saúde coletiva e o SUS. Contudo, é possível que o aluno não reconheça a importância de cursar uma disciplina com essa abordagem, já que esta não teve destaque em seu currículo obrigatório. O mesmo ocorre com o estágio, em que o aluno atua em campos de estágio inseridos no SUS, mas provavelmente não conseguirá compreender as peculiaridades do sistema por não ter tido fundamentação teórico-prática para tanto.

Contraditoriamente a essa pequena ênfase dada ao SUS e às disciplinas de ciências humanas e sociais, o PPC traz como uma das competências e habilidades específicas do egresso do curso: “Atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano respeitando-o e valorizando-o.” (*Ibidem*, p. 10). Nas considerações finais o documento acrescenta que visa à formação de profissionais comprometidos com as problemáticas sociais:

Neste documento estão descritas as diretrizes básicas do curso de Biomedicina da Universidade Federal de Goiás, Campus Jataí, cujos objetivos visam a formação de lideranças profissionais conscientes com as problemáticas sociais em especial as relacionadas à qualidade de vida, saúde e cidadania. (*Ibidem*, p. 83)

Ainda de acordo com o PPC, o projeto de curso estará em contínua avaliação pelo Núcleo Docente Estruturante, passando por readequações sempre que necessário, levando em consideração a percepção dos alunos, as novas perspectivas de mercado, os avanços tecnológicos e as novas legislações.

2.1.2 Curso de Graduação em Educação Física

O Projeto Político Pedagógico (termo utilizado no documento) do Curso de Graduação em Educação Física foi elaborado em 2010, com base nas DCN, no Decreto n.º 5.622, de 19 de dezembro de 2005, do Ministério da Educação (MEC), na Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e no Estatuto, resoluções e regulamentos internos da UFG. O projeto foi elaborado pelo NDE do curso, não cita a participação ou consulta a outros atores, como sugerido pelas DCN.

O curso teve início na Regional Jataí no ano de 2010, no bojo da proposta do REUNI, em atendimento à política governamental de expansão e estruturação das universidades públicas brasileiras. O documento deixa claro que o Curso de Educação Física tem como propósito a formação profissional para a atuação na área da saúde:

Durante o curso são desenvolvidos conteúdos e atividades sistematizadas, voltados aos serviços de saúde, visando a inserção dos futuros profissionais em equipes multidisciplinares, tendo como metas à promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como a prevenção e o tratamento de patologias, especialmente as de caráter crônico e de saúde pública (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, p. 6).

O Projeto Político Pedagógico do Curso (PPPC) afirma que o objetivo geral do curso é a formação de profissionais capazes de atuar e desenvolver ações político-pedagógicas voltadas à saúde coletiva, por meio da cultura corporal e esportiva; da formação cultural; da educação e reeducação motora; do lazer, e da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, esportivas e recreativas. Os princípios norteadores da formação do profissional são a prática profissional, a formação técnica, a formação ética e a função social do profissional, articulação entre teoria e prática e a interdisciplinaridade.

De acordo com o documento,

As habilidades e competências que devem ser adquiridas durante o Curso de Bacharelado estão fundamentadas em uma perspectiva de formação crítica, capaz de assegurar um modelo de formação de profissionais comprometidos com a práxis social, atuando de forma crítica e criativa, tanto na produção como na transmissão do conhecimento, visando o bem-estar dos sujeitos e da sociedade como um todo (*Ibidem*, p. 13-14).

Sobre a estrutura curricular, o quadro 3 apresenta a proporção de carga horária entre os diferentes núcleos e as disciplinas que os compõem.

Quadro 3 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Educação Física.

Disciplinas		Núcleo Carga horária Porcentagem
1. Anatomia Humana I 2. Anatomia Humana II 3. Antropologia do Corpo 4. Filosofia e Corporeidade 5. Fisiologia Aplicada a Educação Física I 6. Fisiologia Aplicada a Educação Física II	7. Gestão e Políticas de Educação Física e Saúde 8. Introdução a Produção Científica 9. Nutrição e Bioquímica do Exercício Físico 10. Primeiros Socorros 11. Psicologia do Esporte 12. Sociologia do Esporte	Comum obrigatório 736 horas 22,5%
1. Atletismo 2. Basquetebol 3. Bioestatística 4. Biomecânica do Movimento Humano 5. Conhecimento Científico e Educação Física 6. Dança 7. Educação Física Adaptada 8. Educação Física e Saúde 9. Estágio I 10. Estágio II 11. Estágio III 12. Exercício Físico em Condições e Populações Especiais I 13. Exercício Físico em Condições e Populações Especiais II 14. Futebol 15. Gestão e Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil	16. Ginástica I 17. Ginástica II 18. Handebol 19. Introdução ao Estudo do Lazer 20. Jogos e Brincadeiras 21. Medidas e Avaliação em Educação Física 22. Natação 23. Núcleo Temático de Pesquisa I 24. Núcleo Temático de Pesquisa II 25. Oficina Experimental I 26. Oficina Experimental II 27. Práticas Holísticas e Saúde 28. Sujeito, Aprendizagem e Educação Física 29. Teorias da Educação Física 30. Treinamento Desportivo 31. Voleibol	Específico obrigatório 2016 horas 61,8%
1. Libras		Específico optativo 64 horas 2%
Disciplinas de diversos cursos		Livre 160 horas 4,9%
—		Atividades Complementares 288 horas 8,8%
—		Total geral 3264 horas 100%

Fonte: Elaboração da autora, com base no PPPC do Curso de Educação Física da UFG-Regional Jataí.

De acordo com as DCN, a formação ampliada do profissional de Educação Física deve abranger a relação ser humano-sociedade, a biologia do corpo humano e a produção do conhecimento científico e tecnológico. Já a formação específica, que aborda os conhecimentos identificadores da Educação Física, deve abranger as dimensões culturais do movimento humano, técnico-instrumentais e didático-pedagógicas.

Percebe-se, no quadro 3, que o PPPC do Curso de Graduação em Educação Física dá maior ênfase às disciplinas de ciências sociais e humanas. Isso fica claro tanto na quantidade de disciplinas quanto no texto do documento, que enfatiza a formação humana, conforme exemplificado a seguir:

O curso de Educação Física da UFG/CAJ vem se posicionando em uma perspectiva mais ampla, refletindo sobre a complexidade do corpo e do movimento de modo que não é possível dissociá-lo de uma formação humana integral. [...] Trata-se de uma proposta de formação que visa (sic) assegurar o domínio de conhecimentos ético-político-cultural (sic), voltados para formar homens e mulheres com autonomia para agir profissional e socialmente, sendo capazes de atuar conscientemente em defesa de uma formação humana que leve em conta a vida pessoal e social (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, p. 7).

Promover formação profissional baseada no processo de reflexão crítica, envolvendo a gênese da existência social e cultural humana, perpassando a esfera do trabalho, da cultura, da educação, da saúde, do esporte, do lazer e do saber (*Ibidem*, p. 9).

No Curso de Graduação em Educação Física, o estágio curricular supervisionado tem duração de 240 horas, a partir do 6º semestre letivo, e as atividades práticas articuladas à teoria em uma mesma disciplina somam 400 horas. São características diferenciais desse projeto as disciplinas de Núcleo Temático de Pesquisa I e II (que somam juntas uma carga horária de 144 horas), em que o aluno deverá optar por um aprofundamento nas seguintes áreas do conhecimento: Educação Física, Esporte e Lazer; Educação Física e Educação ou Educação Física e Saúde. A escolha de um aprofundamento tem como objetivo nortear a produção científica, assim como subsidiar a produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Isso encontra respaldo nas DCN, que mencionam poder o projeto, a critério da instituição de ensino, propor um ou mais núcleos temáticos de aprofundamento, utilizando até 20% da carga horária total.

Considerando a formação profissional para atuação no SUS, há apenas duas disciplinas cujas ementas abordam diretamente conteúdos sobre o Sistema Único de saúde: Educação Física e saúde, ofertada no 1º período do curso, com carga horária de 64 horas; e

gestão e políticas públicas de Educação Física e saúde, ofertada no 7º período, com carga horária de 64 horas. É possível que esses conteúdos também sejam abordados no estágio, mas isto depende da perspectiva em que este é conduzido.

De acordo com o PPPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b), o estágio curricular obrigatório se configura como espaço formativo, preservando os valores éticos e buscando a compreensão da realidade profissional a partir dos aportes teóricos estudados. Visa a favorecer a reflexão sobre a realidade do campo de intervenção profissional, a aquisição da autonomia intelectual e o desenvolvimento de habilidades relativas à profissão.

O projeto incentiva a realização de Atividades Complementares como participação em monitorias, pesquisas, projetos de extensão e cultura, conferências, seminários, palestras, congressos, debates e outras atividades científicas, artísticas e culturais. Dentre os cursos analisados é o que exige a maior carga horária de atividades complementares (288 horas, que corresponde a 8,8% da carga horária total do curso).

Apesar de as DCN para os cursos de Graduação em Educação Física não obrigarem a realização do TCC para obtenção do título, esclarecem que ele pode ser exigido a critério da instituição. O projeto pesquisado prevê a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Este será desenvolvido nas disciplinas de Núcleo Temático de Pesquisa I e II, e acontecerá concomitantemente aos Estágios Supervisionados II e III, respectivamente, no sétimo e oitavo períodos. O TCC deve ser apresentado publicamente com a presença de uma banca examinadora composta pelo orientador e outros professores do Curso ou de outras instituições.

Com relação à avaliação constante do PPPC, o documento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b) determina que, ao final de cada quatro semestres letivos, o NDE avalie o projeto pedagógico, com vistas a debater com o colegiado de curso sobre a coerência das atividades desenvolvidas no período, com possibilidade de revisão da matriz curricular, entre outros elementos do projeto.

2.1.3 Curso de Graduação em Enfermagem

O PPC do Curso de Graduação em Enfermagem foi elaborado em 2011, com base nas DCN, pelo NDE em parceria com os demais professores do curso, considerando a realidade regional e as parcerias com demais instituições e comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011b).

O objetivo principal do curso é a formação de enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos qualificados para o exercício da Enfermagem, conforme o perfil de egresso descrito nas DCN. O PPC (*Ibidem*) reconhece que “a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (p. 10) e acrescenta que o profissional deve ser capacitado para atuar “com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (p. 6).

O Projeto Pedagógico de Curso traz como princípios norteadores para a formação do profissional as competências gerais propostas nas DCN: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

O documento (*Ibidem*) afirma que “o curso busca implementar metodologias ativas de ensino, onde o conhecimento será construído a partir da realidade” (p. 9) e acrescenta que os objetivos do curso estão “ancorados nos quatro pilares da educação: aprender a ser, aprender a aprender, aprender a fazer, e aprender a viver juntos; de acordo com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem.” (p. 6).

Sobre a estrutura curricular, o quadro 4 apresenta a proporção de carga horária dos diferentes núcleos e suas respectivas disciplinas.

Quadro 4 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem.

Disciplinas		Núcleo Carga horária Porcentagem
1. Anatomia Humana I 2. Anatomia Humana II 3. Antropologia da Saúde 4. Atendimento Pré-Hospitalar 5. Biofísica 6. Bioquímica 7. Farmacologia Básica 8. Farmacologia aplicada 9. Filosofia e Enfermagem 10. Fisiologia 11. Genética 12. Histologia dos Órgãos	13. Histologia e Embriologia Geral 14. Imunologia 15. Metodologia Científica 16. Microbiologia 17. Nutrição 18. Parasitologia 19. Patologia 20. Psicologia Aplicada a Enfermagem 21. Risco biológico e Biossegurança 22. Sociologia	Comum obrigatório 1.155 horas 25,9%
1. Administração I 2. Administração II 3. Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico	15. Enfermagem Hebiátrica 16. Epidemiologia e Bioestatística 17. Estágio curricular obrigatório I	

4. Bases para cuidar do indivíduo e da família I 5. Bases para cuidar do indivíduo e da família II 6. Centro de material e Esterilização 7. Enfermagem clínica 8. Enfermagem em doenças Infeciosas 9. Enfermagem Cirúrgica 10. Enfermagem Psiquiátrica 11. Enfermagem Ginecológica e Obstétrica I 12. Enfermagem Ginecológica e Obstétrica II 13. Enfermagem Pediátrica e Neonatológica I 14. Enfermagem Pediátrica e Neonatológica II	18. Estágio curricular obrigatório II 19. Ética e Exercício da Enfermagem 20. Introdução à Enfermagem 21. Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva 22. Saúde Coletiva 23. Saúde Mental 24. Promoção da Saúde 25. Tecnologia da Educação em Saúde 26. Trabalho de Conclusão de Curso I 27. Trabalho de Conclusão de Curso II 28. Vigilância à Saúde	Específico obrigatório 2.866 horas 64,4%
1. Assistência de Enfermagem ao Idoso 2. Assistência de Enfermagem em Drogadição	3. Ética em Pesquisa 4. Libras 5. Práticas Integrativas e Complementares	Específico optativo 90 horas 2,2%
Disciplinas de diversos cursos		Livre 230 5,5%
—		Atividades Complementares 105 2%
—		Total 4446 100%

Fonte: Elaboração da autora, com base no PPC do Curso de Graduação em Enfermagem da UFG-Regional Jataí.

De acordo com as DCN para os Cursos de Graduação em Enfermagem, os conteúdos do currículo devem contemplar as seguintes áreas do conhecimento: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem incluindo Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Administração de Enfermagem e Ensino de Enfermagem.

Com relação aos conteúdos relativos ao Sistema Único de Saúde, destacam-se, de modo geral, as seguintes disciplinas: Saúde Coletiva, ministrada no primeiro período do curso, com carga horária de 60 horas; Promoção da saúde, ministrada no segundo período do curso, com carga horária de 60 horas e Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, cursada

no oitavo período, com carga horária de 75 horas. As disciplinas Enfermagem Ginecológica e Obstétrica I (90 horas) e Enfermagem Pediátrica e Neonatológica I (90 horas) propõem o estudo da assistência integral à saúde da mulher e da criança, respectivamente, no contexto das políticas públicas de saúde e de acordo com as diretrizes do SUS, adentrando também as especificidades desse sistema de saúde.

Quanto ao estágio curricular obrigatório, o PPC o compreende como uma atividade privilegiada de diálogo crítico com a realidade, que favorece a articulação do ensino com pesquisa e extensão, configurando um espaço formativo para o estudante. O estágio segue a carga horária mínima preconizada pelas DCN, que é de 20% da carga horária total do curso. O TCC é de realização obrigatória, no formato de artigo científico, a ser apresentado publicamente e avaliado por banca, também conforme sugerido pelas DCN.

Quanto à avaliação permanente do projeto de curso, o PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011b) cita que é de responsabilidade do NDE, de modo que o PPC pode e deve ser atualizado sempre que necessário.

2.1.4 Curso de Graduação em Fisioterapia

O PPC do Curso de Graduação em Fisioterapia foi elaborado em 2011, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nas DCN para os Cursos de Graduação em Fisioterapia (Resolução CNE/CES nº 4) e no Estatuto e Regimento interno da UFG. Não há menção sobre os atores que participaram da elaboração do Projeto Pedagógico do Curso.

De acordo com o PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a), o Curso de Graduação em Fisioterapia teve início em 2010. Segundo o documento, o curso visa a

Formar profissionais para atender ao sistema de saúde vigente no país, com atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado e o trabalho em equipe. Desta forma, contribuirá substancialmente para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, atuando na prevenção, promoção e assistência da saúde. (p. 10)

Esse PPC enfatiza, por diversas vezes, o preparo do profissional para a atuação no SUS, em consonância com as DCN, que afirmam que a formação do profissional Fisioterapeuta deve atender ao sistema de saúde vigente no país.

Um dos principais objetivos do projeto de formação, seguindo as orientações das DCN e o modelo da pedagogia das competências, é “formar um profissional crítico, capaz de

aprender a aprender, [...] considerando a realidade social do meio em que estiver inserido, para atuar na atenção da saúde de forma integrada e com qualidade” (*Ibidem*, p. 11).

Como princípios norteadores da formação do profissional, o PPC elenca a graduação em saúde, a formação técnica, a formação integrada e a articulação entre teoria e prática, a interdisciplinaridade, a formação ética bem como a função social do profissional.

Quanto à estrutura curricular, o quadro 5 apresenta os diferentes núcleos e as disciplinas que os compõem.

Quadro 5 - Núcleos e disciplinas do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Disciplinas	Núcleo Carga horária Porcentagem
1. Anatomia Humana I 2. Atendimento Pré-Hospitalar 3. Citologia e Embriologia 4. Biofísica 5. Saúde Coletiva 6. Anatomia Humana II 7. Histologia de Órgãos e Sistemas 8. Antropologia do Corpo 9. Fundamentos de Bioquímica 10. Libras 11. Sociologia e Saúde 12. Fisiologia Humana I 13. Neuroanatomia Funcional 14. Fisiologia Humana II 15. Patologia Geral 16. Fundamentos de Farmacologia 17. Psicologia Aplicada à Saúde	Comum obrigatório 960 horas 22,96%
1. Pesquisa em Fisioterapia I 2. Introdução à Fisioterapia 3. Massoterapia 4. Cinesioterapia 5. Anatomia Palpatória 6. Imagenologia 7. Semiologia Fisioterapêutica I 8. Biomecânica 9. Cinesioterapia 10. Motricidade Humana 11. Semiologia Fisioterapêutica II 12. Prótese e Órtese 13. Eletroterapia, Termoterapia e Fototerapia 14. Fisioterapia Dermatofuncional 15. Ginecologia e Obstetrícia 16. Reumatologia e Geriatria 17. Fundamentos de Recursos Terapêuticos Manuais 26. Fisioterapia Aplicada a Neurologia 27. Ergonomia 28. Estágio Supervisionado em Saúde Pública I 29. Pesquisa em Fisioterapia II 30. Ética e Deontologia 31. Distúrbio do Comportamento e Psicossomática 32. Fisioterapia Aplicada a Ergonomia 33. Fisioterapia Aplicada a Cardiologia e Respiratória 34. Estágio Supervisionado em Fisioterapia Geral I 35. Administração em Fisioterapia 36. Estágio Supervisionado em Saúde Pública II 37. Estágio Supervisionado	Específico obrigatório 2.896 horas 69,28%

18. Ortopedia e Traumatologia 19. Hidroterapia 20. Neurologia 21. Fisioterapia Aplicada a Ginecologia e Obstetrícia 22. Fisioterapia Aplicada a Reumatologia e Geriatria 23. Cardiologia 24. Pneumologia 25. Fisioterapia Aplicada a Ortopedia e Traumatologia	em Fisioterapia Geral II 38. Estágio Supervisionado Hospitalar I 39. Trabalho de Conclusão de Curso 40. Estágio Supervisionado em Saúde Pública III 41. Estágio Supervisionado em Fisioterapia Geral III 42. Estágio Supervisionado Hospitalar II	
Disciplinas de diversos cursos		Livre 224 horas 5,35%
—		Atividades Complementares 100 horas 2,39%
		Total 4180 horas 100%

Fonte: Elaboração da autora, com base no PPC do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Diferente dos outros documentos analisados, este PPC não cita a existência de disciplinas optativas nem define carga horária para estas, ou seja, o Núcleo Específico é composto apenas por disciplinas obrigatórias. No entanto, é o único curso, dentre os analisados, que apresenta a disciplina de Libras como obrigatória.

As DCN afirmam que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem se relacionar com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fisioterapia, e devem contemplar: ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos.

Quanto aos conteúdos relativos ao SUS, destaca-se a disciplina Saúde Coletiva, ministrada no primeiro período do curso, pelo Curso de Enfermagem, com carga horária de 48 horas teóricas. Os estágios supervisionados em Saúde Pública I, II e III (que juntos somam a carga horária de 304 horas) também abordam em suas ementas conteúdos teórico-práticos sobre o Sistema Único de Saúde.

De acordo com as DCN do curso de Fisioterapia, com base na resolução CNE/CES nº 4 de 2009, os estágios curriculares supervisionados deverão ter carga horária mínima de 20%

(vinte por cento) da carga horária total do curso. Nesse projeto, a carga horária total destinada aos estágios curriculares obrigatórios perfaz um total de 848 horas, correspondendo a 20,28% da carga horária total do curso.

O TCC é de realização obrigatória, na forma de artigo científico, produzido na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e apresentado a uma banca avaliadora. Esse trabalho científico deve ser orientado preferencialmente, por professor do curso de Fisioterapia da Regional Jataí da UFG, com possibilidade de extensão aos docentes de outros cursos da Regional, desde que aprovado pela Coordenação de Fisioterapia.

O documento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a) enfatiza que a criação e avaliação de um Projeto Pedagógico de Curso, dada sua importância e complexidade, deve ter a participação de docentes, discentes e técnico-administrativos, bem como da comunidade local da área da saúde. Reforça, ainda, que o PPC deve ser permanentemente avaliado e questionado, uma vez que o conhecimento não é estático e a realidade da sociedade e da profissão de Fisioterapia está em constante transformação.

2.1.5 Curso de Graduação em Medicina

O Curso de Graduação em Medicina foi criado em 2014, no bojo do Projeto de Expansão dos Cursos de Medicina do Governo Federal com base na Portaria SESu nº 105 de 05 de junho de 2012, que dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de medicina e criação de novos cursos de medicina nas Universidades Federais. Foi instituída uma comissão de professores para elaboração do PPC, uma vez que ainda não havia sido eleito o NDE do curso, e consta do PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015) que essa comissão buscou, para a elaboração do documento, a participação efetiva da comunidade (gestores, professores, alunos do Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde) e atores de diversos órgãos.

O PPC foi elaborado em 2015, considerando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Conselho Nacional de Educação (CNE), o Estatuto e Regimento da UFG, o Regulamento Geral dos Cursos de Graduação da UFG, a Lei número 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre os estágios dos estudantes, e, ainda, as orientações contidas nos documentos apresentados na Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico nas Instituições Federais de Ensino Superior. As DCN consideradas na elaboração do projeto foram as de 2001 (Resolução

CNE/CES 4/2001), e o PPC passará, provavelmente, por revisão para se adequar às novas diretrizes para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014).

Com relação às DCN, cabe ressaltar que a versão de 2014 (revisão das diretrizes de 2001) traz inúmeros avanços, principalmente no que se refere à atenção integral e equânime, à valorização do autocuidado e autonomia dos indivíduos, à escuta qualificada, à valorização do diálogo e ao trabalho multiprofissional, demonstrando a importância da revisão e da atualização frequente das diretrizes curriculares.

De acordo com o PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015), o currículo do curso “foi construído tendo como objetivo principal a promoção da saúde e a prevenção das doenças, com o ser humano sempre visto em sua dimensão física e mental durante as várias etapas de seu desenvolvimento” (p 5).

O Curso de Medicina da Regional Jataí tem como objetivos gerais a formação de um profissional generalista, com visão crítica e reflexiva, com base em princípios éticos e humanísticos, que esteja adequado aos desafios da sociedade moderna; a formação de um profissional que atue no atendimento e gerenciamento da saúde individual e/ou coletiva, conforme as políticas de saúde vigentes e intervindo no processo saúde-doença de acordo com suas múltiplas determinações. O PPC afirma, ainda, que o projeto de formação

[...] está centrado no aluno, buscando o seu desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte (*Ibidem*, p. 5).

Os princípios norteadores da formação do profissional são os mesmos que predominam nos outros PPCs: a prática profissional, a formação técnica, a formação ética e a função social do profissional, a interdisciplinaridade, a articulação entre teoria e prática.

Ainda de acordo com o projeto do curso, busca-se proporcionar uma interação ativa do estudante com usuários e profissionais de saúde do SUS desde o início da formação acadêmica, possibilitando ao aluno lidar com problemas reais e assumir responsabilidades crescentes como prestador de cuidados de saúde.

O Curso de Graduação em Medicina apresenta uma proposta curricular diferente dos demais cursos pesquisados, o que define algumas peculiaridades na apresentação dos dados e análise de seu projeto de formação. O curso busca organizar a integração e interdisciplinaridade dos conteúdos das diversas áreas do saber, por meio do currículo

modular, em que as disciplinas não são trabalhadas isoladamente, e sim nos conteúdos dos módulos e submódulos integradores em coerência com os eixos temáticos do desenvolvimento curricular. De acordo com o PPC,

A estrutura modular favorece o currículo integrado, unindo diversas áreas dos saberes dos ciclos básico e clínico ao longo do curso e não somente em momentos estanques. A metodologia de ensino-aprendizagem será ativa no contexto da educação centrada no estudante, cuja estratégia instrucional se vincula à capacidade e motivação do estudante na busca ativa dos conhecimentos, habilidades e atitudes (*Ibidem*, p. 48).

O documento esclarece que a metodologia utilizada para o desenvolvimento desses módulos, buscando a articulação da teoria com a prática, é a metodologia da problematização, que supõe uma concepção do ato do conhecimento por meio da investigação direta da realidade, num esforço de construção de uma efetiva compreensão dessa mesma realidade. Afirma que os novos modelos buscam substituir processos de memorização e de transferência unidirecional e fragmentada de informações e de habilidades pelo autoaprendizado e pela educação permanente.

Sobre o processo de ensinar, o projeto pedagógico do curso de medicina da Regional Jataí afirma necessitar de um docente que saiba atuar como mediador do conhecimento, uma vez que a ênfase é na educação centrada no aluno, na problematização e no trabalho com pequenos grupos de alunos, exigindo o professor como mediador do processo de ensino-aprendizagem.

Quanto à estrutura curricular, o curso está organizado em eixos, módulos e submódulos, elaborados para promover a integração de conteúdos entre os submódulos (unidades verticais de aprendizagem) e o desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais, considerando a inserção do estudante nos serviços de saúde durante todo o Curso, desde o primeiro semestre (unidades horizontais de aprendizagem). As ementas sugerem frequentemente que os submódulos devem ser trabalhados de forma interligada. O quadro 6 apresenta a estruturação de carga horária do curso.

Quadro 6 - Núcleos do Curso de Graduação em Medicina com as respectivas cargas horárias.

Núcleo	Carga horária (horas)	Porcentagem
Submódulos obrigatórios	4.464	58,5%
Submódulos optativos	256	3,3%
Internato	2.688	35,2%
Trabalho de Curso	96	1,3%
Núcleo Livre	128	1,7%
Total	7632	100%

Fonte: elaboração da autora, com base no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Goiás-Regional Jatai.

Fora esta carga horária de 7632 horas, são exigidas 150 horas de atividades complementares. Destaca-se que o Curso de Graduação em Medicina é o que apresenta o menor percentual de horas de Núcleo Livre, reservando para esse núcleo apenas a quantidade mínima de horas exigidas pelo RGCG (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2012), que é de 128 horas.

O Curso de Medicina está programado para desenvolver-se em seis anos. Os quatro primeiros anos do curso são ministrados na forma de módulos temáticos, com integração das áreas básicas (pré-clínica) com as áreas clínicas. O quinto e o sexto estão destinados ao internato, que corresponde ao Estágio Curricular Obrigatório. Está de acordo com as DCN, que sugerem que a formação médica inclua como etapa integrante da graduação o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Faculdade.

O quadro 7 apresenta o eixo, os módulos e submódulos do Curso de Graduação em Medicina, por semestre, e os respectivos núcleos.

Quadro 7 - Eixo, módulos e submódulos do Curso de Graduação em Medicina, por semestre, e seus respectivos núcleos.

Eixo	Módulos	Submódulos	Núcleo
Saúde e Educação na Comunidade - Semestre 1	Estudo Morfofuncional do Corpo Humano Saudável	Anatomia I	NC
		Fisiologia I	NC
		Embriologia I	NC
		Histologia I	NC
		Bioquímica I	NC
		Genética I	NC
	Humanidades I	Antropologia e Filosofia aplicadas à Medicina	NE
		Psicologia Médica I	NE
		Bioética I	NC
	Saúde, Família e Sociedade I	Saúde Coletiva I (Políticas de Saúde no Brasil - Organização do SUS)	NC
		Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade - PIEESC I	NE
	Práticas de Integralidade do Método Clínico	Semiologia I, Propedêutica I e Medicina baseada em Evidências I	NE
		Imagenologia I	NE
	Atividade Integradora	Atividade Integradora	NE
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 2	Estudo Morfofuncional do Corpo Humano Saudável	Anatomia II	NC
		Fisiologia II	NC
		Embriologia II	NC
		Histologia II	NC
		Bioquímica II	NC
		Genética II	NC
	Humanidades II	Sociologia aplicada à Medicina	NE
		Psicologia Médica II	NE
		Bioética II	NC
	Saúde, Família e Sociedade II	Saúde Coletiva II (Políticas de Saúde no Brasil - Organização do SUS)	NC
		Bioestatística e Metodologia Científica	NC
		Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade - PIEESC II	NE
	Práticas de Integralidade do Método Clínico	Semiologia II, Propedêutica II e Medicina baseada em EvidênciasII	NE
		Imagenologia II	NE
	Atividade Integradora	Atividade Integradora	NE
	Determinantes Biológicos do Processo Saúde-Doença I	Imunologia I	NC
		Microbiologia I	NC
		Parasitologia I	NC
		Patologia Geral I	NC
	Humanidades III	História da Medicina	NE
		Introdução à Medicina Legal	NE
		Saúde Coletiva III (Políticas e Programas de atenção à saúde da	NC

Eixo	Módulos	Submódulos	Núcleo
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 3	Saúde, Família e Sociedade III	criança e do adolescente). Epidemiologia Básica.	
		Saúde da Criança	NE
		Saúde da Mulher	NE
		Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade - PIESC II	NE
	Princípios Básicos da Medicina I	Farmacologia Básica (Farmacodinâmica e Farmacocinética)	NC
		Técnica Operatória I	NE
	Práticas de Integralidade do Método Clínico II	Semiologia II, Propedêutica II e Medicina baseada em Evidências II	NE
		Imagenologia II	NE
	Atividade Integradora	Atividade Integradora	NE
	—	Núcleo livre	NL
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 4	Determinantes Biológicos do Processo Saúde-Doença II	Trabalho de Curso (TC)	NE
		Imunologia II	NC
		Microbiologia II	NC
		Parasitologia II	NC
		Patologia Geral II	NC
		Genética Médica	NE
	Saúde, Família e Sociedade IV	Saúde Coletiva IV(Epidemiologia II e programas de atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde do Trabalhador).	NC
		Saúde do Adulto e do Idoso	NE
		Saúde do Trabalhador	NE
		Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade – PIESC IV	NE
	Princípios Básicos da Medicina II	Farmacologia Aplicada	NC
		Técnica Operatória II	NE
		Habilidades Médicas	
	Práticas de Integralidade do Método Clínico IV	Semiologia IV, Propedêutica IV e Medicina baseada em Evidências IV	NE
		Imagenologia IV	NE
	Atividade Integradora	Atividade Integradora	NE
	—	Núcleo livre	NL
		Trabalho de Curso	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso I	Gastroenterologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Proctologia	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC V	NE
		Epidemiologia das Doenças do Aparelho Digestivo.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso	Cirurgia Geral, Nutrologia, Anestesiologista e Dor.	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço	NE

Eixo	Módulos	Submódulos	Núcleo
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 5	II	e Comunidade). PIESC V	
		Epidemiologia das Doenças do Aparelho Digestivo.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso III	Cardiologia Clínica, Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Vascular Periférica.	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC V	NE
		Epidemiologia das Doenças do Aparelho Cardiovascular.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso IV	Pneumologia, Cirurgia Torácica.	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC V	NE
		Epidemiologia das Doenças do Aparelho Respiratório.	NE
		Submódulo optativo.	NE
		Trabalho de Curso.	NE
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 6	Saúde do Adulto e do Idoso V	Oncologia e Hematologia.	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade) - PIESC VI	NE
		Epidemiologia das Doenças Oncológicas e Hematológicas.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso VI	Geriatria e Medicina Paliativa	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VI	NE
		Epidemiologia das Doenças do Idoso e em Medicina Paliativa.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso VII	Psiquiatria e Medicina Legal II Integração	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VI.	NE
		Aplicação dos conhecimentos adquiridos sobre doenças Mentais no Ambulatório de Atenção Primária	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso VIII	Emergências Clínicas e Pediátricas	NE
		Laboratório de Habilidades -Simulação de Situações Clínicas (Emergências Clínicas).	NE
		Laboratório de Habilidades -Simulação de Situações Clínicas (Emergências Pediátricas).	NE
		Submódulo optativo	NE
		Trabalho de Curso	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso IX	Nefrologia e Urologia	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VII	NE
		Laboratório de Habilidades (Doenças da Próstata)	NE

Eixo	Módulos	Submódulos	Núcleo
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 7	Saúde do Adulto e do Idoso X	Neurologia Clínica e Neurocirurgia	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VII	NE
		Epidemiologia das Doenças do Sistema Nervoso.	NE
	Saúde da Mulher e da Criança III	Ginecologia e Pediatria	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VII – Atenção Primária em doenças da mulher; atenção primária em doenças da criança e do adolescente	NE
		Epidemiologia das Doenças da mulher e da criança \adolescentes.	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso XII	Endocrinologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VII	NE
		Epidemiologia das Doenças Endocrinológicas, otorrinolaringológicas e oftalmológicas.	NE
		Submódulo optativo	NE
		Trabalho de Curso	NE
Saúde e Educação na Comunidade - semestre 8	Saúde do Adulto e do Idoso XIII	Doenças Infecto-parasitárias e Dermatologia	NE
		Práticas de Integração (Ensino, Serviço e Comunidade). PIESC VII	NE
		Ambulatório de Atenção Primária (CAPES)	NE
	Saúde do Adulto e do Idoso XIV	Emergências Médicas, Emergências Clínicas e Cirúrgicas Emergências Pediátricas.	NE
		Laboratório de Habilidades (Simulação de Situações de Emergência em Manequim).	NE
	Saúde da Criança e da Mulher III	Obstetrícia e Pediatria	NE
		Laboratório de Habilidades (Simulação de Emergências Médicas, Cirúrgicas e Pediátricas).	NE
		Ambulatório de Pré-Natal em Atenção Primária	NE
	Saúde da Mulher e da Criança IV	Ortopedia e Reumatologia	NE
		PIESC VIII (atenção primária em doenças do Aparelho Locomotor).	NE
		Laboratório de Habilidades (Simulação em Manequim).	NE
		Submódulo optativo	NE
		Trabalho de Curso	NE

Fonte: adaptação do PPC do Curso de Graduação em Medicina.

Percebe-se, no quadro 7, que há diversos submódulos que abordam conteúdos relativos ao SUS, com destaque para os módulos e submódulos de saúde, família e sociedade. De acordo com o PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015), a teoria e a prática em saúde coletiva se dão de forma articulada e o aluno tem contato com as unidades de saúde e usuários do SUS desde o início do curso.

Além dos laboratórios, os alunos conhecerão já a partir do 1º semestre do 1º ano temas relacionados à Medicina Social e à Atenção Primária e Secundária em Saúde, objetivando o conhecimento da realidade socioeconômica-cultural do nosso meio, principalmente os aspectos ligados à saúde, de modo que os alunos desenvolvam uma visão coletiva destes problemas, como parceiros das pessoas em busca da saúde e contribuam para uma sociedade mais sadia e justa. O objetivo maior é tornar o médico um cidadão comprometido com as transformações da sociedade. (p. 46)

O curso de Medicina da Regional Jataí, por entender que os acadêmicos durante o período de internato têm que se dedicar à prática médica em período integral, optou por realizar um Trabalho de Curso (TC) no lugar do convencional Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O TC deve ser finalizado e apresentado no 8º período do curso, ao invés de ser apresentado no último semestre da graduação, como acontece nos demais cursos. O TC é apresentado na forma de um trabalho monográfico para ser avaliado por uma banca composta por três professores. A apresentação do TC é pré-requisito para o aluno iniciar o internato (9º período).

O documento menciona ainda que o PPC do curso estará em constante revisão e que as avaliações dos alunos e dos egressos serão elementos fundamentais para a revisão do Projeto Pedagógico do Curso.

2.2 Concepções dos projetos de formação

Considerando que o Projeto Pedagógico de Curso não é um elemento neutro, torna-se possível apreender dele as concepções que balizam a formação e sua intencionalidade, explícita e implícita, ou seja, o projeto de formação de um curso. Apesar das singularidades de cada curso pesquisado, as concepções que balizam os projetos se assemelham em alguns aspectos. Esta exposição agrupa os cursos cujas concepções se assemelham, sendo feita exceção quando algum deles apresenta uma perspectiva diferente dos demais.

A concepção de saúde descrita nos PPCs é a ampliada, que entende a saúde como direito e procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na

produção da saúde e da doença nas coletividades, como exemplificado nos trechos a seguir. O primeiro trecho está presente nos dos Cursos de Biomedicina, Enfermagem e Medicina; o segundo foi retirado do PPC do Curso de Fisioterapia:

Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 10; *Idem*, 2011b, p. 9); *Idem*, 2015, p. 65).

Garantir a integralidade da assistência e contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando os aspectos éticos, políticos, sociais, econômicos, ambientais e biológicos (*Idem*, 2011a, p. 12).

Esses trechos sugerem avanços, principalmente com relação à abordagem dos determinantes não biológicos do processo saúde-doença. No entanto, a adoção da concepção ampliada de saúde ainda é contraditória, como no caso do Curso de Biomedicina, que afirma essa concepção em seu Projeto Pedagógico de Curso, como exemplificado acima, mas suas disciplinas enfatizam nitidamente a abordagem biológica do corpo e o adoecimento.

A maioria dos autores defende que a concepção que ainda predomina de fato nos cursos da saúde e na atuação profissional é a biomédica, baseada na abordagem biologicista e mecanicista do corpo, cujo modelo, assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e na figura do médico (BATISTELLA, 2007; COSTA; MIRANDA, 2009; GIL, 2005; FEUERWERKER, 2006). O PPC do Curso de Educação Física reconhece a hegemonia da postura biologicista e destaca que o curso procura alinhar-se com o movimento de superação dessa lógica:

Temos a emergência de uma valorização da corporeidade no mundo contemporâneo se contrapondo a uma lógica do mercado que exige uma formação de especialistas em práticas corporais centradas numa postura biologicista, mecanicista, com objetivos explicitamente sanitaristas e estéticos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, p. 7)

A concepção de homem predominante nos projetos de formação é a de um ser condicionado pelo meio físico-social, em que o homem ideal é aquele produtivo e adaptado à sociedade e ao mercado de trabalho. Seguem exemplos retirados dos PPCs dos Cursos de Biomedicina e de Enfermagem:

Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com **extrema produtividade** na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. [...] O projeto de curso estará em contínua avaliação pelo Núcleo Docente Estruturante que deverá apresentar propostas de readequação sempre que se fizer necessário. A percepção dos alunos, as novas **perspectivas de mercado**, os **avanços tecnológicos** e também as novas legislações deverão sempre pautar a atualização do projeto de curso. (*Idem*, 2010a, pp. 10 e 16, grifos nossos).

Compreender a divisão do trabalho em enfermagem e em saúde, a natureza do objeto e da prática em saúde, considerando a inter e a transdisciplinaridade. (*Idem*, 2011b, p. 7, grifo nosso).

Esses trechos contradizem uma concepção de homem integral, de homem como sujeito e agente do processo histórico, compromissado com as tarefas do seu tempo e com a construção de outra realidade social, como a que se identifica nos documentos do SUS analisados no capítulo 1. Excetua-se o projeto de formação do Curso de Educação Física, que se aproxima da concepção de homem do SUS ao defender enfaticamente o respeito à multiculturalidade, a valorização dos diferentes saberes, a emancipação dos sujeitos, e a ênfase na formação humana, como se percebe nos trechos abaixo:

Trata-se de uma proposta de formação que visa assegurar o domínio de conhecimentos ético-político-cultural (sic), voltados para formar homens e mulheres com autonomia para agir profissional e socialmente, sendo capazes de atuar conscientemente em defesa de uma formação humana que leve em conta a vida pessoal e social. [...] Promover formação profissional baseada no processo de reflexão crítica, envolvendo a gênese da existência social e cultural humana, perpassando a esfera do trabalho, da cultura, da educação, da saúde, do esporte, do lazer e do saber (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, pp. 7 e 9).

A estrutura curricular disciplinar adotada pelos cursos, com exceção do Curso de Medicina, que utiliza a estrutura curricular modular, incentiva a parcelização e fragmentação do conhecimento, o que favorece o alinhamento a uma concepção de homem fragmentado, fatiado, de corpo separado da mente, do fazer separado do pensar. O projeto de formação do Curso de Medicina defende que a estrutura modular favorece o currículo integrado, unindo diversas áreas dos saberes ao longo do curso e não somente em momentos estanques, numa tentativa de superação dessa fragmentação.

Com exceção do Curso de Educação Física, a concepção de mundo/sociedade é individualista, inculcando uma ideologia de que as desigualdades podem ser superadas a partir do esforço individual, do estudo e do trabalho, de modo que, a partir desse esforço individual, todos possam galgar posições no mercado de trabalho e alcançar o tão sonhado sucesso

pessoal e profissional. Seguem exemplos retirados, respectivamente, dos PPCs dos Cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina:

Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática profissional, mantendo-se atualizado quanto às inovações científicas, tecnológicas e de informações. [...] Capacitar o futuro profissional para o exercício de competências e habilidades gerais de atenção à saúde, **tomada de decisão, liderança, gestão e empreendedorismo e educação permanente**, relacionados à prática da Fisioterapia (Idem, 2011a, p. 11, grifo nosso).

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem **empreendedores**, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. (Idem, 2011b, p. 8; Idem, 2015, p. 63, grifo nosso).

Essa visão não reconhece o mundo/sociedade como espaço contraditório, de relações sociais historicamente tecidas; não reconhece a luta de classes e a relação oprimido-opressor. É uma visão que dificulta a real compreensão da concepção ampliada de saúde, pois, a partir dessa visão, a tendência é conceber a saúde como bem individual, passível de ser “adquirido” pelos sujeitos desde que se esforcem e se adequem aos estilos de vida saudáveis, desconsiderando que as compreensões e ações no campo da saúde são resultantes de relações conflituosas e de múltiplas determinações.

Quanto à concepção de educação, os projetos de formação buscam alinhar-se à proposta das DCN - pedagogia das competências e metodologias ativas de ensino-aprendizagem - proposta esta denominada por alguns autores como neoescolanovista (DUARTE, 2010; SAVIANI, 2007). Esse alinhamento é nítido principalmente nos PPCs dos cursos de Medicina, Fisioterapia e Enfermagem, respectivamente:

A metodologia de ensino-aprendizagem será ativa no contexto da educação centrada no estudante, cuja estratégia instrucional se vincula à capacidade e motivação do estudante na busca ativa dos conhecimentos, habilidades e atitudes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 48).

Capacitar o futuro profissional para o exercício de competências e habilidades gerais de atenção à saúde, tomada de decisão, liderança, gestão e empreendedorismo e educação permanente, relacionados à prática da Fisioterapia (Idem, 2011a, p. 11).

O curso tem os objetivos ancorados nos quatro pilares da educação: aprender a ser, aprender a aprender, aprender a fazer, e aprender a viver juntos; de

acordo com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem (*Idem*, 2011b, p. 6).

O PPC do Curso de Graduação em Biomedicina versa pouco sobre sua concepção de educação, de modo que o alinhamento com as DCN fica perceptível, principalmente pela preocupação em formar para o mercado de trabalho, embora haja uma menção, contraditória, à educação enquanto instrumento de transformação social:

A percepção dos alunos, as novas **perspectivas de mercado, os avanços tecnológicos** e também as novas legislações deverão sempre pautar a atualização do projeto de curso. [...] A elaboração deste projeto teve como fonte inspiradora princípios educacionais básicos que consideram a educação **um instrumento de transformação social**, preparando o indivíduo para o **mundo do trabalho**, sempre considerando o desenvolvimento de sua consciência crítica frente aos problemas da sociedade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, pp.16 e 83, grifos nossos).

No projeto de formação do Curso de Educação Física, embora também haja o embasamento no modelo de competências e habilidades preconizado pelas DCN, percebe-se que há uma compreensão diferenciada do desenvolvimento de competências, ou seja, almeja uma formação para além do mercado de trabalho, provavelmente decorrente de uma concepção diferenciada de educação. De acordo com o documento (*Idem*, 2010b),

Pensar no desenvolvimento de competências significa tratar, sobretudo, da dimensão do trabalho humano como uma práxis transformadora. Isto significa, em outras palavras, capacitar os futuros profissionais para compreenderem as relações de trabalho, sua intervenção no processo produtivo e na realidade social, buscando mudanças e transformações (p. 14).

Contudo, apesar da aproximação entre as concepções dos projetos de formação e às das DCN, é possível identificar nos PPCs várias características da pedagogia tecnicista (SAVIANI, 2007), como a valorização do saber-fazer, da efetividade da educação e da empregabilidade dos egressos, privilegiando o saber técnico, os métodos individualizantes na obtenção do conhecimento, a objetividade e a eficiência dos meios para alcançar o resultado final previsto, ou seja, uma educação que também representa a adaptação do indivíduo à sociedade.

É possível perceber essas características em alguns dos trechos de PPCs descritos acima, que mencionam empreendedorismo, formação para o mercado de trabalho, desenvolvimento de perfis e marcas formativas. E também neste trecho, que denota a ideia de

aluno passivo e passível de ser moldado de acordo com um perfil considerado ideal: “desenvolver no aluno habilidades, atitudes e competências condizentes com o perfil profissional desejado” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a, p. 11).

Os projetos dos cursos de Fisioterapia e Medicina versam sobre as dificuldades de superação da concepção tradicional de educação, hegemônica na área da saúde:

A graduação em saúde depara-se na atualidade com alguns desafios: fragmentação do ensino; dicotomias no projeto pedagógico, tanto básico-clínicas como clínico-epidemiológicas; posição passiva do aluno que recebe informações e repassa sem participação crítica, dificultando tomada de decisões ativas no processo ensino-aprendizagem (*Ibidem*, p. 12).

O ensino das profissões de saúde, habitualmente, tem-se fundamentado na ideia de que o domínio e a transmissão de conhecimentos e habilidades, lastreados nos últimos avanços técnico-científicos, conduzem necessariamente a uma prática profissional adequada. [...] Observa-se ainda que muitos cursos da área da saúde organizam-se em currículos tradicionais privilegiando a aquisição de bagagem cognitiva, psicomotora e, em menor extensão, afetiva. A concepção hegemônica de assistência à saúde ainda é a centrada no médico e no hospital. Em geral, as práticas a partir das quais são realizados os ‘treinamentos’ constituem simulações do trabalho profissional, pois, apesar de envolverem personagens reais (profissionais e pacientes), desenvolvem-se em condições e cenários muito distintos daqueles encontrados na maioria das situações de trabalho reais e concretas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 52).

É fato que a formação dos profissionais de saúde tem atendido em vários aspectos à lógica do capital e da preparação de recursos humanos para atuar tecnicamente, distanciando-se muito da formação humana proposta por Gramsci (1991), pela qual o indivíduo torna-se capaz de ter diferentes visões de mundo e pensar criticamente.

Desse modo, apesar do alinhamento dos PPCs às legislações e diretrizes curriculares - apresentando perfis, objetivos, competências e habilidades muitas vezes copiados à risca das DCN - são as concepções que definem a essência do projeto e a perspectiva de formação que será desenvolvida junto aos alunos. No contexto de mudanças e reorientação da formação profissional em saúde, é possível perceber que os cursos analisados encontram-se em diferentes etapas de transição do paradigma biomédico para outro paradigma e que as contradições presentes, em sua essência, ainda determinam entraves importantes a uma formação profissional alinhada às perspectivas do Sistema Único de Saúde. As aproximações e distanciamentos fundamentais entre as concepções e perspectivas dos cursos de graduação da área da saúde da UFG-Regional Jataí e as do SUS são debatidos no próximo capítulo.

3 O SUS e a formação acadêmica em saúde: avanços e desafios

Os recentes avanços advindos da implementação das DCN e das iniciativas do Ministério da Saúde de aproximação entre a formação em saúde e a atuação profissional no SUS são válidos. Representam os primeiros passos de uma reorientação da formação profissional em saúde. Contudo, os paradoxos ainda são evidentes e numerosos. Diversos estudiosos da área da formação em saúde concordam que a inadequação dos recursos humanos para atuação nos serviços de saúde do SUS deve-se substancialmente ao modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado assim como ao modelo biomédico predominante nas práticas tradicionais de saúde, com enfoque na atenção individualizada, especializada, na medicina curativa e hospitalar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; GIL, 2005; FEUERWERKER, 2006; COSTA; MIRANDA, 2009).

As diversas instâncias relacionadas com a construção e consolidação do SUS, entre elas as instituições de ensino, devem contribuir com as mudanças no campo das práticas e da formação profissional, fomentando um movimento de modificação na formação dos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). A articulação e cooperação entre os campos da educação e da saúde são indispensáveis para que se possa formular estratégias organizativas entrelaçadas com os princípios de mudanças no âmbito da formação de profissionais para o SUS. Nesse contexto, este capítulo apresenta a análise das principais aproximações e distanciamentos entre as concepções e o que é proposto pelos projetos de formação pesquisados em relação à atuação profissional considerada desejável pelo SUS.

3.1 *Formação humanista, generalista e crítica*

As DCN para os cursos de graduação da área da saúde especificam como perfil de egresso um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esse perfil de egresso foi citado nos PPCs dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Medicina e Fisioterapia.

O graduado em Biomedicina deverá possuir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 10).

Formar Enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011b, p. 6).

O perfil profissional do médico a ser formado pela UFG - Regional Jataí - está embasado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do MEC (2001) que orienta (sic) como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, [...] (*Idem*, 2015, p. 62).

O ensino, a pesquisa e a extensão são os três pilares da Universidade que devem ser vistas como indissociáveis e interdependentes objetivando assim em termos concretos uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (*Idem*, 2011a, p. 14).

Embora seja uma definição clara de perfil de egresso, a mesma traz consigo uma interrelação de conceitos densos, que, se forem trabalhados apenas no âmbito da aparência, provavelmente conduzirão a uma formação distinta da que está explicitada como desejável. É preciso, primeiramente, compreender as implicações da formação na perspectiva acima citada.

De acordo com Cenci e Fávero (2008), “[...] formação diz respeito a um tipo de relação entre sujeitos. Trata-se do processo de o sujeito formar-se a si mesmo pela interação consigo mesmo e com os outros” (p. 3). Nesse sentido proposto pelos autores, a formação implica, necessariamente, um processo social.

A formação com caráter humanista é tratada por Gramsci (2000) como possibilidade de superação da formação dualista, que institui propostas diferentes de escolarização para a classe dominante (com foco no trabalho intelectual) e para a classe trabalhadora (com foco no trabalho técnico e manual). Althusser (1992) aponta as instituições de ensino como aparelhos ideológicos do estado que, na maioria das vezes, têm corroborado a manutenção do sistema capitalista, bem como para a garantia do poder da classe dominante em detrimento da classe trabalhadora.

A formação com caráter humanista propõe, então, o equilíbrio entre o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual e criativo. Segundo o autor, essa formação educativa é imprescindível para uma formação humana de caráter omnilateral,

acreditando que a instituição educativa pode possuir outras funções além de reprodutora das ideologias dominantes.

O elemento da cultura possui um caráter fundamental para Gramsci (1991, 2000) e é essa perspectiva que conduz suas ideias acerca da formação humana. Ele sinaliza a necessidade de se pensar a questão da formação do indivíduo em sociedade nas diferentes ambiências culturais, tais como a família, a vizinhança, o trabalho, a escola; enfim, os diversos espaços de sociabilidade.

Outro autor que analisa criticamente a questão da formação humana é Frigotto (2000), que compreende a educação como prática social, constitutiva e constituinte das relações sociais. Ele concorda que historicamente a educação tem atendido aos interesses das classes dominantes, habilitando os indivíduos técnica e ideologicamente para o mercado de trabalho.

Desse modo, uma formação com caráter humanista necessita estar realmente comprometida com a preparação para a vida em sociedade, abrangendo certas dimensões fundamentais desta, como a dignidade pessoal, o reconhecimento do próprio valor como ser humano e do valor dos outros, o desenvolvimento da autonomia pessoal, o respeito aos semelhantes e ao meio ambiente, a construção de uma visão de mundo coerente e crítica, uma compreensão temporalmente situada de si e da sociedade em que vive e a orientação mediante valores universais (CENCI; FÁVERO, 2008).

Dentre os projetos de formação analisados, o do Curso de Bacharelado em Educação Física é o que mais se aproxima de uma formação com caráter humanista e crítico, provavelmente pela sua relação intrínseca com o Curso de Licenciatura em Educação Física:

O projeto político-pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física da UFG/CAJ mantém identidade própria, porém boa parte dos seus conhecimentos e práticas guardam proximidade com o Curso de Licenciatura em Educação Física da UFG/CAJ, criado em 1992, e em andamento desde 1994, cuja finalidade é desenvolver uma proposta progressista na formação de professores, com inserção qualitativa na escola e nos demais ambientes educativos, pedagógicos e sociais, mediada pelas práticas corporais. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, pp. 5 e 6).

Os demais projetos de formação citam a formação humanista, visando ao alinhamento às DCN, mas não explicitam a compreensão que têm dessa formação ou que espaços formativos podem ser articulados para potencializá-la.

Cabe destacar o projeto de formação do Curso de Biomedicina, que, embora também faça menção à adoção de uma formação com caráter humanista, é o que mais se distancia dessa formação. É o único curso, dentre os pesquisados, que não possui na grade curricular

qualquer disciplina da área de ciências humanas e sociais e é o projeto que apresenta o maior alinhamento à formação para o mercado, para o empreendedorismo, para a adaptação à sociedade.

O curso de Biomedicina propõe uma formação pautada em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade **em benefício da sociedade através da interação harmônica com os vários segmentos** da comunidade local, regional e nacional (*Idem*, 2010a, p. 9, grifo nosso).

Nessa sugestão de transformação social por meio da interação harmônica transparece uma concepção que não reconhece a sociedade como espaço contraditório, de relações sociais historicamente tecidas, não reconhece a luta de classes e a relação oprimido-opressor. Então não se trata de transformação e sim de adaptação. Essa visão dificulta a real compreensão do conceito ampliado de saúde e tende a afastar a formação de um caráter humanista e crítico.

De acordo com Cenci e Fávero (2008), diversas razões e determinações têm levado as instituições universitárias a perderem de vista a dimensão humanista na formação de seus profissionais, tais como a especialização dos saberes e a tendência à sua fragmentação, a formação estritamente técnica dos profissionais que atuam nas instituições, as demandas por uma formação mais breve e técnica dos profissionais, de modo que as justificativas para que a classe trabalhadora seja formada sob a ótica do capital são inúmeras. Isso torna cada vez mais necessária uma educação para além do capital, como afirma Mészáros (2005). Essa educação estaria articulada a uma dimensão integral formadora do homem, intrinsecamente ligada ao processo de humanização.

Um dos princípios universais do SUS é a integralidade, que sugere atenção integral à saúde dos indivíduos e coletividades; contudo, não há como agir com integralidade se sua formação humana não for integral (RAMOS, 2005). A formação humanista e integral sugere tornar íntegro, inteiro o ser humano fragmentado pela divisão social do trabalho, dividido entre a ação de executar e a de pensar. Trata-se de superar a mera preparação para o trabalho operacional, simplificado e a-histórico (CIAVATTA, 2005).

A proposta da formação generalista também sugere a formação integral, holística, ampliada, representa o contraponto da tendência de superespecialização.

A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o

produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO *et al*, 1997, citado por CAMPOS, 2003, p. 572).

Todos os Projetos Pedagógicos de Cursos pesquisados afirmam priorizar a formação generalista em seus projetos de formação, sem perder o foco das especificidades das profissões. Esse tensionamento entre generalista e especialista é complexo, como transparece no projeto de formação do Curso de Biomedicina:

O graduado em Biomedicina deverá possuir uma formação **generalista**, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 10, grifo nosso).

O curso propõe formar profissionais habilitados a exercer atividades de nível superior com **natureza especializada** envolvendo supervisão, coordenação e execução de trabalhos, estudos e pesquisas a nível tecnológico, bem como em atividades complementares de diagnósticos e laboratórios que apoiam a profissão médica (*Ibidem*, p. 8, grifo nosso).

Formar um profissional de saúde generalista implica formar um profissional preparado para a atenção integral, holística e humanizada, capaz de abordar as diferentes partes sem perder a compreensão do todo, do fazer com a finalidade de coconstruir a saúde da população por meio de saberes e práticas interdisciplinares. A formação generalista se aproxima da perspectiva de atuação profissional desejável para o SUS:

A excessiva especialização observada na área da Saúde tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais e pela má distribuição geográfica de profissionais nessa área. Não se pretende negar a importância da especialização, porém, é essencial procurar um equilíbrio na relação especialistas/generalistas, sem prejuízo da qualidade da atenção dispensada. Em geral, a especialização é reforçada pelo desenvolvimento da pesquisa científica que se dirige predominantemente a aspectos vinculados à alta tecnologia (BRASIL, 2007d, p. 12).

Segundo De Sordi e Bagnato (1998), muitos cursos da área de saúde possuem currículos fragmentados, sem interrelação entre disciplinas, priorizando as especialidades em detrimento da formação generalista e dando ênfase às doenças em seus aspectos biológicos. Paradoxalmente, fala-se em formação crítica e em competência política para transformar a realidade social, mas isto se torna inalcançável quando não está claro o que se quer

transformar e qual o projeto histórico que orienta a opção por determinada transformação, como exemplificado no trecho a seguir, retirado do PPC do Curso de Medicina.

A formação de um profissional generalista, com visão crítica e reflexiva, baseada em princípios éticos e humanísticos, adequado aos desafios da sociedade moderna (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 44).

De acordo com Abbagnano (2007) a crítica pode ser definida como o processo por meio do qual a razão empreende o conhecimento de si, envolve a capacidade intelectual de examinar e avaliar minuciosamente uma ideia, um objeto, uma produção, para que se possa elaborar um juízo sobre a coisa em questão. Então, para avaliar criticamente um objeto é necessário conhecê-lo. Por exemplo, para que o aluno tenha crítica sobre o processo de trabalho da sua profissão, é preciso que ele tenha conhecimento sobre organização social, modelo de produção econômica, mundo do trabalho, história e evolução da sua profissão, dentre outros. Apenas o projeto de formação do Curso de Educação Física demonstra essa compreensão: “Atuação crítica no mundo do trabalho tendo em vista as suas funções educacionais, pedagógicas, científicas, políticas e sociais (*Idem*, 2010b, p. 12)”.

Sabendo-se que toda formação profissional mantém estreita relação com o mundo do trabalho, para buscar uma formação crítica torna-se fundamental

[...] reconhecer as novas roupagens que o capital assumiu para continuar perpetuando as desigualdades do modelo social que tem servido aos interesses dos mesmos grupos hegemônicos. Sem este primeiro nível de crítica, parece que a decantada insistência na valorização da formação crítica, mostrar-se-á infrutífera porque subestima (ignora?, dissimula?) as múltiplas conexões dos planos micro e macroestruturais, agora rejuvenescidas pela nova ordem social (DE SORDI; BAGNATO, 1998, p. 83).

A educação pode ser utilizada como meio de promoção da dominação ou da libertação dos indivíduos. No âmbito da dominação, interessa formar indivíduos dependentes, não críticos, não questionadores, acomodados ao modelo de sociedade e de produção vigentes. No âmbito do incentivo à libertação, espera-se uma formação de indivíduos críticos, independentes, questionadores, capazes de refletir e atuar sobre a realidade. Assim, a formação crítica exige tomada de consciência, tomada de posição.

3.2 Interdisciplinaridade e articulação entre teoria e prática

Todos os projetos de formação analisados enfatizam em seus PPCs a interdisciplinaridade como princípio norteador da formação em saúde, com exceção do Curso de Enfermagem, que adota em seu PPC os princípios norteadores sugeridos pelas DCN (atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente). Seguem como exemplo trechos retirados, respectivamente, dos PPCs dos Cursos de Fisioterapia e Biomedicina.

O desenvolvimento da tecnologia e da ciência em vários campos disciplinares articulado com a crescente complexidade e o avanço significativo com que novas informações são produzidas, trazem o desafio da integração das disciplinas apontando para uma interação de ações. [...] A formação do profissional fisioterapeuta, no contexto mundial globalizado, é beneficiada na medida em que a estrutura curricular propicie formas de interação entre as diversas áreas do conhecimento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a, p. 16-17).

A formação do profissional no contexto mundial globalizado é beneficiada na medida em que a estrutura educacional propicie formas de interação entre as diferentes áreas do conhecimento. Neste projeto, houve a preocupação de proporcionar ao educando a oportunidade de adquirir conhecimentos de diferentes áreas, levando-o a uma formação mais diversificada, porém sem perder de vista as aplicações próprias do profissional (*Idem*, 2010a, p. 9).

O projeto do Curso de Graduação em Medicina propõe uma organização curricular diferenciada em relação aos demais cursos, buscando romper com a disciplinarização por meio da organização dos conhecimentos em módulos e submódulos, enfatizando que os conteúdos devem ser trabalhados de maneira interdisciplinar, interligando diferentes módulos e submódulos, como exemplificado nos trechos do PPC a seguir.

A estrutura modular favorece o currículo integrado, unindo diversas áreas dos saberes dos ciclos básico e clínico ao longo do curso e não somente em momentos estanques (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 48).

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina do (sic) Regional Jataí da UFG organizou a integração e interdisciplinaridade dos conteúdos das diversas áreas dos saberes, por meio do Currículo Modular, em que as disciplinas passaram a ser trabalhadas nos conteúdos dos módulos e submódulos integradores em coerência com os eixos temáticos do desenvolvimento curricular. Desta forma busca-se promover no estudante a visão holística e integrada das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais (*Ibidem*, p. 50).

A ênfase na interdisciplinaridade e a organização curricular em módulos de ensino são compatíveis com as orientações do Pró-saúde para a formação de profissionais de saúde para atuação no SUS:

Destaca-se o fato de que a estrutura disciplinar clássica constitui em si mesmo um bloqueio relativo para a implementação das mudanças pretendidas; daí, a sugestão de uma eventual reordenação do conhecimento na forma de módulos de ensino que articulam elementos de diversas disciplinas em torno de um eixo representado pelo processo que se quer analisar (BRASIL, 2007d, p. 40).

Os projetos dos Cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia apresentam uma estrutura curricular disciplinar, organizando as disciplinas isoladamente e separando as do ciclo básico (disciplinas de núcleo comum) das do ciclo profissional (disciplinas específicas da profissão). Esse modo de organização dificulta que possa ocorrer de fato a interdisciplinaridade e tende à fragmentação do conhecimento (BRASIL 2007d, 2008). Porém, embora essa forma de organização curricular tenda à fragmentação do conhecimento, este dado por si só não permite afirmar esta fragmentação, que depende em grande parte da perspectiva sob que as disciplinas são trabalhadas.

O incentivo à disciplinarização tende a separar o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. Segundo Mitre *et al.* (2008), essa fragmentação também se manifesta na intensificação das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques.

Tal tendência se alinha com a ciência moderna, em que o conhecimento avança pela especialização. Nisso reside, aliás, o que hoje se reconhece ser o dilema básico dessa ciência: seu rigor aumenta na proporção direta da arbitrariedade com que retalha a realidade. Sendo um conhecimento disciplinar, tende a ser um conhecimento disciplinado, isto é, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que quiserem transpor (SANTOS, 2010).

A fragmentação do conhecimento se reflete na prática profissional, com a fragmentação e despersonalização do ser humano. Dessa forma, a relação interpessoal profissional saúde-paciente passa também a fazer parte do “mundo-máquina” exaltado no paradigma moderno. De acordo com Gramsci (1991), as atividades práticas na sociedade moderna se tornaram tão complexas que a tendência é a criação de escolas específicas, com

seus próprios dirigentes e especialistas de nível mais elevado, afastando-se cada vez mais da formação humanista defendida pelo autor.

A estruturação disciplinar, compartimentalizada e estática, reflete as marcas da divisão histórica das atividades humanas no mundo do trabalho, imposta pelo modelo econômico. Esse modo de organização tende a incentivar a dicotomia entre o pensar e o fazer, o refletir e o executar, de modo que o cumprimento de tarefas se distancia cada vez mais do processo de gestão e de criação (FREITAS, 1989; FRIGOTTO, 1995). De acordo com Albuquerque e Giffin (2009) “as principais consequências desse modelo de formação são a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional” (p. 520).

Assim, a organização disciplinar e compartimentalizada do conhecimento dificulta a construção de uma formação humanista e generalista (BRASIL, 2008):

O resultado da construção do conhecimento compartimentado é a formação de racionalidades com base no modelo restrito à especialização que dificulta um saber para além da respectiva área. Essa concepção é expressa no currículo pautado por disciplinas e no conhecimento desintegrado e descontextualizado. É impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como é impossível conhecer o todo sem conhecer as partes (p. 19).

O SUS traz como um de seus princípios universais a integralidade, que propõe justamente a visão e abordagem do ser humano como um todo, em suas diversas dimensões. Além de preconizar o atendimento integral às mais variadas necessidades de saúde, desde a prevenção ao tratamento de alta complexidade e reabilitação. É um conceito complexo, principalmente se o profissional de saúde não for formado para atuar nessa perspectiva.

Se o SUS busca construir, com base em seus princípios, relações solidárias e democráticas, os modos de formação empregados para a qualificação de seus profissionais deve pressupor o desenvolvimento omnilateral das capacidades humanas. Sem uma formação crítica e ampliada, o trabalhador de saúde não poderá verdadeiramente compreender a saúde como uma produção social nem a complexidade do seu fazer a partir da escuta das necessidades da população (SILVA; TAVARES, 2004, p. 273).

O conhecimento científico na área da saúde deve fundamentar-se na conciliação de diversas áreas das ciências existentes da atualidade, de modo que a interdisciplinaridade é, de certo modo, uma das possibilidades de corroborar o alcance de uma dimensão menos reducionista. Não é difícil entender as partes, mas se faz necessário compreender o todo e

como estas o integram, tratar o indivíduo (que etimologicamente significa *indivisível*) como único, inteiro, peculiar (BARROS, 2002).

O conceito de interdisciplinaridade emergiu nos anos 1970 vinculado à aspiração de integração e integralidade, em resposta à crescente fragmentação da ciência. Propõe um redimensionamento do papel das disciplinas, bem como o reconhecimento dos diversos percursos metodológicos possíveis para se produzirem saberes. O trabalho interdisciplinar questiona o modo hegemônico de produção e socialização do conhecimento científico, duvidando que uma única perspectiva seja capaz de responder à tarefa de desvendamento, explicação e intervenção na realidade (BATISTA, 2005).

Para Freitas (1989), a perspectiva interdisciplinar pode ser entendida como a integração e interpenetração de conteúdos e disciplinas que se propõem construir conhecimento, de maneira conjunta, sobre determinado objeto de estudo, situando esse conhecimento historicamente no campo da ciência, mas entendendo que a interdisciplinaridade não pode, por si só, resgatar a totalidade do conhecimento.

Assim, a perspectiva interdisciplinar não propõe apenas a simples agregação de diferentes disciplinas, mas, sim, a articulação de conhecimentos diversos que se somam e interagem, possibilitando a construção de novos conhecimentos. Ela aposta na interlocução, “na relação dialógica entre sujeitos com competências em diferentes campos do saber, para superar as maneiras fragmentadas dos processos de trabalho, de produção de ciência, recuperando o caráter dialético da realidade social” (BAGNATO; MONTEIRO, 2006, p. 252).

Campos *et al.* (2009) apontam que a interdisciplinaridade, embora imprescindível, ainda se apresenta de maneira frágil na formação dos trabalhadores de saúde, que reforça as disciplinas biológicas em detrimento da intersecção destas com as ciências sociais e que dificulta a articulação entre teoria e prática.

A articulação entre teoria e prática, assim como a interdisciplinaridade, também é apontada como princípio norteador da formação profissional nos projetos de formação dos Cursos de Biomedicina, Educação Física, Fisioterapia e Medicina.

O presente projeto pedagógico visa proporcionar uma interação efetiva entre o conteúdo da matriz curricular e a formação profissional do biomédico. Com esta finalidade foram enfatizadas atividades que levem o aluno a pesquisar, selecionar e identificar informações relevantes para a integração entre a teoria e as suas aplicações práticas. Dessa forma procurou-se minimizar a dicotomização teórico/prático do processo de atuação

profissional, aplicando os conhecimentos biomédicos em todo o seu contexto (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 9).

A prática não se reduz a eventos empíricos ou ilustrações pontuais, mas lida com a realidade e retira dela os elementos que vão conferir significado e direção às aprendizagens (*Idem*, 2010b, p. 10).

No processo de construção de conhecimento, a teoria e a prática necessitam ser reconhecidas como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano da formação. A prática lida com a realidade buscando elementos que conferirão significado e direção teóricos às aprendizagens (*Idem*, 2011a, p. 14-15).

O Currículo Modular do Curso de Medicina do Regional Jataí da UFG apresenta uma grade curricular flexível, propiciando ao estudante a construção do seu saber por meio da articulação entre a teoria e a prática, de forma integrada e em complexidade crescente, abrangendo todas as fases do curso. Para alcançar tal objetivo o acadêmico é inserido, desde o primeiro semestre do curso, em atividades práticas no contexto da realidade de vida da comunidade e dos serviços de saúde, onde os conhecimentos teóricos que estão sendo adquiridos poderão ser aplicados (*Idem*, 2015, p. 50).

A proposta de articulação entre teoria e prática se aproxima das perspectivas de formação profissional do Pró-saúde para atuação no SUS, principalmente no que diz respeito ao incentivo da prática nos serviços de saúde, aproximando-os da universidade: “ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS” (BRASIL, 2007d, p. 14).

Contudo, nem sempre a articulação defendida nos projetos de curso se efetiva de fato. Em estudo realizado por Leal e Luiz (2014), sobre a formação em saúde do bacharelado em Educação Física da UFG-Regional Jataí, demonstrou-se que alguns alunos da primeira turma concluíram o curso sem ter vivenciado a prática profissional em nenhum campo de estágio do SUS: “os dados nos impelem a pensar na existência de acadêmicos que, ao longo do curso, não tiveram qualquer contato com o sistema público de saúde coletiva, com projeções de atuação profissional” (p. 7). Um dos fatores apontados foi a resistência dos serviços de saúde em receber os estagiários: “identificam resistência nos serviços públicos de saúde à implementação de uma nova perspectiva que integra o Profissional de Educação Física às equipes multidisciplinares de saúde” (p. 10).

Campos *et al.* (2009) reiteram a necessidade da formação de profissionais de saúde que assumam o desafio de construir e consolidar o SUS, tomando-se como uma das diretrizes da prática educacional a articulação entre teoria e prática, aliada à interdisciplinaridade.

Contudo, reconhece que ainda são pequenas as iniciativas de implementação de propostas curriculares que respondam a essa necessidade.

3.3 Concepções de educação e metodologias de ensino

A concepção de educação e as metodologias de ensino presentes nos projetos de formação buscam alinhar-se, de modo geral, à proposta das DCN, fundamentada na pedagogia das competências e nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O Curso de Graduação em Medicina é o que dá a maior ênfase às metodologias ativas e ao lema “aprender a aprender” no seu projeto de formação:

A metodologia de ensino-aprendizagem será ativa no contexto da educação centrada no estudante, cuja estratégia instrucional se vincula à capacidade e motivação do estudante na busca ativa dos conhecimentos, habilidades e atitudes. [...] Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, pp. 48 e 56).

O alinhamento pedagógico com as DCN também pode ser identificado nos projetos Pedagógicos dos Cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Biomedicina. Segue exemplo retirado do PPC do Curso de Enfermagem:

O curso tem os objetivos ancorados nos quatro pilares da educação: aprender a ser, aprender a aprender, aprender a fazer, e aprender a viver juntos; de acordo com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem (*Idem*, 2011b, p. 6).

O projeto de formação do Curso de Educação Física, embora também expresse o embasamento no modelo de competências e habilidades preconizado pelas DCN, demonstra uma compreensão diferenciada do desenvolvimento de competências, almejando uma formação para além do mercado de trabalho:

As habilidades e as competências que devem ser adquiridas durante o Curso de Bacharelado estão fundamentadas em uma perspectiva de formação crítica, capaz de assegurar um modelo de formação de profissionais comprometidos com a práxis social, atuando de forma crítica e criativa, tanto na produção como na transmissão do conhecimento, visando o bem-estar dos

sujeitos e da sociedade como um todo. Neste modelo de formação curricular, pensar no desenvolvimento de competências significa tratar, sobretudo, da dimensão do trabalho humano como uma práxis transformadora. Isto significa, em outras palavras, capacitar os futuros profissionais para compreenderem as relações de trabalho, sua intervenção no processo produtivo e na realidade social, buscando mudanças e transformações (*Idem*, 2010b, pp. 13-14).

Provavelmente, por defender uma formação crítica, com base humanística sólida, este projeto de formação destaca que busca formar um profissional autônomo, que possa atuar criticamente no mundo do trabalho, tendo consciência da importância da sua intervenção no processo produtivo e na realidade social.

Duarte (2010) afirma que o debate educacional, nos últimos 20 anos, tem-se caracterizado por uma hegemonia das “pedagogias do aprender a aprender”, como o construtivismo, a pedagogia do professor reflexivo, a pedagogia das competências, dentre outras, tendo como ponto comum a negação da educação tradicional.

As políticas educacionais traçadas pelo Estado brasileiro têm afirmado a intenção de elevar o nível de qualidade da educação pública e de fazê-lo de modo que esta favoreça o desenvolvimento nacional. Contudo, o que se percebe, na verdade, é um estreitamento da relação entre educação e trabalho, com base no pressuposto das demandas desse último na sociedade (FERRETTI, 2002).

Como elemento frequente desses discursos e ações políticas, ganhou destaque a pedagogia das competências. Os principais argumentos favoráveis a sua adoção dizem respeito à necessidade de as sociedades buscarem a constituição de um novo sujeito social capaz não só de conviver com as frequentes transformações, mas, principalmente, tirar delas o melhor proveito, tendo em vista o bem estar de países e pessoas (FERRETTI, 2002).

Antes de apresentar um posicionamento acerca desse modelo de competências, recorre-se à definição de competência defendida por Philippe Perrenoud, principal referência da disseminação dessa ideia pedagógica no Brasil: “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (PERRENOUD, 1999, p. 32).

De acordo com Martins (2012), a definição de competência é imbuída de vinculação entre construção do conhecimento, realidade e prática social, o que é positivo; por outro lado, pretere a base valorativa dessa prática social, abrindo espaço para que predominem os valores do mercado, o que, na realidade, implica a produção de um modelo de competências às avessas.

Desse modo, a pedagogia das competências possui uma dupla face: é válida enquanto incentivadora da autonomia e protagonismo do aluno, enquanto valorizadora da articulação da realidade e da prática como base para a construção do conhecimento; contudo, quando se constroem competências sem antes definir claramente para quê e a serviço de quem, há uma grande possibilidade de que estas vislumbrem apenas o atendimento às novas demandas do mercado e o ajuste dos indivíduos à exploração capitalista.

A tensão já mencionada em relação à noção de competência estende-se às próprias funções da educação, que indiscutivelmente não pode perder de vista a tarefa de preparar os indivíduos para a produção social, mas, da mesma forma, não pode perder de vista a tarefa de preparar os indivíduos para a produção de si mesmos como seres universais e livres, ou seja, preparados para a luta contra a produção social alienada (MARTINS, 2012, p. 70).

O problema não é a formação para o trabalho em si, uma vez que é por meio do trabalho que o homem garante a existência não só da vida individual, mas também da vida coletiva, social. O homem é parte da natureza e só pode sobreviver por meio do constante metabolismo com ela, por meio do trabalho (MARX; ENGELS, 2009). A perspectiva gramsciana também toma o trabalho como princípio educativo, considerando que ao mesmo tempo em que se produz trabalho se produz cultura. O problema, então, é a formação voltada para o mercado de trabalho, para o capital, para o trabalho alienado e desumanizador.

Cabe destacar, novamente, dois trechos extraídos do PPC do Curso de Biomedicina que, embora já tenham citados anteriormente no texto, exemplificam bem a contradição central da pedagogia das competências, que, a princípio, é vista como incentivadora da autonomia dos sujeitos e até instrumento de transformação social, mas, na maioria das vezes, atende aos interesses da formação para o mercado de trabalho:

O projeto de curso estará em contínua avaliação pelo Núcleo Docente Estruturante que deverá apresentar propostas de readequação sempre que se fizer necessário. A percepção dos alunos, as novas **perspectivas de mercado**, os **avanços tecnológicos** e também as novas legislações deverão sempre pautar a atualização do projeto de curso. [...] A elaboração deste projeto teve como fonte inspiradora princípios educacionais básicos que consideram a educação **um instrumento de transformação social**, preparando o indivíduo **para o mundo do trabalho**, sempre considerando o desenvolvimento de sua consciência crítica frente aos problemas da sociedade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, pp.16 e 83, grifos nossos).

A tendência que se tem apresentado mais forte na pedagogia das competências é a que enfatiza o desenvolvimento de sujeitos que privilegiam seus projetos pessoais de profissionalização em detrimento de outra perspectiva, em que a profissionalidade resulta de construções e compromissos coletivos dos trabalhadores. Nos projetos de formação analisados a lógica de mercado e de sucesso profissional individual transparece na ideologia do empreendedorismo.

Duarte (2010) destaca que a pedagogia das competências é imbuída de uma visão idealista de educação. Idealista na medida em que concebe os problemas sociais como resultados de equívocos aleatórios, levando à crença de que a mera difusão de novas ideias entre os indivíduos por meio da educação é capaz de resolver os problemas sociais. Ou seja, não há qualquer perspectiva de compreensão e possibilidade de superação do modo de reprodução capitalista. Ainda de acordo com o autor, “esse idealismo chega ao extremo de acreditar ser possível formar, no mesmo processo educativo, indivíduos preparados para enfrentar a competitividade do mercado e imbuídos do espírito de solidariedade social.” (DUARTE, 2010, p. 35).

O modelo de competências é uma via de mão dupla e há significativa tendência de que as competências sejam desenvolvidas para atender apenas ao mercado de trabalho. Diverge, portanto, da concepção dialética de educação presente no SUS, que propõe o desenvolvimento das múltiplas capacidades do ser humano, o fortalecimento da consciência de classe para intervir de modo crítico, organizado e criativo na transformação estrutural da sociedade.

No contexto emergente de mudanças no ensino em saúde, entra em evidência o debate sobre novas metodologias de ensino-aprendizagem. Em contraposição às metodologias tradicionais, onde o professor fala e o aluno anota e memoriza, têm-se fortificado cada vez mais as teorias de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, partindo do pressuposto de que a atividade desenvolvida com o propósito de ensinar deve ser apreciada por todos aqueles que dela participam, envolvendo a autoiniciativa.

De acordo com Duarte (2001), o “aprender a aprender” representa, para grande parcela dos educadores, um símbolo das posições pedagógicas mais inovadoras, progressistas e, portanto, sintonizadas com o que seriam as necessidades dos indivíduos e da sociedade. No entanto, o autor aponta o papel ideológico desempenhado por esse tipo de apropriação das ideias de Vygotsky, qual seja, o papel de manutenção da hegemonia burguesa no campo educacional, por meio da incorporação da teoria vygotskiana à ideologia neoliberal.

A ideia defendida pelas pedagogias do “aprender a aprender” é a de que o cotidiano do aluno deve ser a referência central para as atividades escolares. Assim, são considerados

conteúdos relevantes para o aluno apenas aqueles que tenham utilidade prática em seu dia a dia (DUARTE, 2010). Essa supervalorização do cotidiano dos alunos, da aplicabilidade dos conhecimentos e do papel ativo do aluno na sua aprendizagem coloca o professor à margem do processo de ensino-aprendizagem, sugerindo que ele seja mero organizador de atividades que promovam a construção de significados no cotidiano dos alunos.

De acordo com Arroyo (2000, p. 15) é preciso que os educadores recuperem sua condição de sujeitos da ação educativa junto aos educandos, num processo mútuo, e acrescenta: “o que mais me interroga são as imagens de mestre, docente, educador, professor ou professora que estamos desconstruindo e construindo. Quais são os traços perenes e novos desse ofício e dessa arte de tão longa história?”.

Essa centralização do ato pedagógico no aluno também diverge da proposta de formação do SUS, que defende que a educação é social e também científica, que não deve centrar o ato pedagógico no professor nem no aluno, mas sim na relação dialética entre ambos e com o meio, pois o que se busca é a construção do homem coletivo. Ou seja, o aluno deve, sim, ter papel ativo no processo, mas não enquanto centro absoluto.

Dentre as principais metodologias ativas difundidas na formação em saúde, ganharam destaque a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning - PBL). Embora os PPCs afirmem trabalhar com metodologias ativas, em consonância com as DCN, apenas o do Curso de Medicina versa sobre a metodologia utilizada:

A metodologia utilizada para o desenvolvimento destes módulos, buscando a articulação da teoria com a prática é a denominada Pedagogia da Problematização. Esta metodologia foi expressa graficamente por Charles Maguerez como “Método do Arco” e supõe uma concepção do ato do conhecimento através da investigação direta da realidade, num esforço de construção de uma efetiva compreensão dessa mesma realidade. Está dividida em cinco etapas que se desenvolvem a partir do recorte de uma realidade: observação da realidade; definição dos pontos-chaves; teorização; definição das hipóteses de solução; aplicação à realidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 51).

[...] Torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de uma educação libertadora na formação de um profissional ativo apto a aprender a aprender. [...] As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na invocação de Paulo Freire. A educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação (*Ibidem*, pp. 51 e 55-56).

A problematização tem sua origem nos estudos de Paulo Freire (1988), com base na afirmação de que os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real. Para esse autor, quanto mais o professor possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais se sentirão desafiados a responder aos novos desafios. Paulo Freire defende que a educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios a serem “preenchidos” com um saber pronto e imutável, mas de problematização dos homens em suas relações com o mundo. Para tanto, a educação precisa fundamentar-se na relação dialógica entre educador e educando, o que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório.

A problematização não se esgota no encontro compartilhado de uma solução. Ela continua na sua implementação na realidade concreta, gerando novos desafios e reflexões. Os resultados da ação, com suas insuficiências, geram novas problematizações. Os fracassos e sucessos inesperados ensinam dimensões antes não consideradas. Um processo sem fim de reflexão, ação, reflexão, ação... Trata-se, portanto, de uma problematização vinculada à realidade e comprometida com sua transformação, o que não ocorre em muitas metodologias ativas e problematizadoras que são difundidas no setor saúde (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015, p. 98).

De acordo com Berbel (1998), muitos cursos da área da saúde têm adotado uma sistematização para facilitar o percurso da problematização: o Método do Arco, de Charles Maguerez. Trata-se de uma esquematização constituída por cinco etapas, as quais se desenvolvem a partir de um problema real: Observação da Realidade, Pontos Chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade. Esta é a metodologia de problematização descrita no PPC do Curso de Medicina, que não se alinha necessariamente à pedagogia da problematização freireana.

Ainda no projeto do Curso de Graduação em Medicina, encontram-se trechos que sugerem a adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas:

Os problemas passam a servir como “trampolim” que permite integrar e estudar segundo necessidades concretas. Levam a resultados que contemplam a realidade e que, portanto, são mais eficazes e eficientes. [...] Utilizará de casos clínicos simulados, promovendo a discussão destes casos que serão analisados com a participação de todos os acadêmicos e docentes responsáveis pelos cursos ministrados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, pp. 57 e 98).

Segundo Berbel (1998) a Aprendizagem Baseada em Problemas é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é

o aprendizado centrado no aluno. Constitui-se pelo estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Ou seja, os problemas não são oriundos da observação da realidade nem retornam a ela ao final do processo, como na problematização. Não há perspectiva de intervenção social.

Berbel (1998) resume a diferença entre a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas:

Na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos alunos, pela observação da realidade, na qual as questões de estudo estão acontecendo. Observada de diferentes ângulos, a realidade manifesta-se para alunos e professores com suas características e contradições, nos fatos concretos e daí são extraídos os problemas. A realidade é problematizada pelos alunos. Não há restrições quanto aos aspectos incluídos na formulação dos problemas, já que são extraídos da realidade social, dinâmica e complexa. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, os problemas são cuidadosamente elaborados por uma Comissão especialmente designada para esse fim. Deve haver tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o Currículo, sem os quais não poderão ser considerados aptos para exercer a profissão (p. 149).

Os documentos que tratam da formação em saúde para atuação no SUS, como o texto do Pró-saúde, sugerem uma superação do modelo tradicional de educação, por meio da interação dialética entre professor e aluno, da construção coletiva de conhecimento e da problematização da realidade com intervenção e perspectiva de transformação social.

A interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia. Na formação profissionalizante será sempre preferível trabalhar sobre fatos reais a perpetuar práticas de simulação, que quando muito imitam a realidade, sem chegar a reproduzi-la na dimensão complexa da integralidade humana. [...] Trata-se de superar o ensino disciplinar tradicional, criando-se unidades baseadas em um objeto e problematizando sobre o mesmo, em que se conjugam diversas ciências e técnicas para dar respostas científicas (BRASIL, 2007d, pp. 20 e 40).

Já a proposta educacional das DCN operacionalizada, em maior ou menor magnitude, nos projetos de formação estudados, baseada na pedagogia das competências e nas metodologias ativas com ênfase no “aprender a aprender” propõe a negação do modelo tradicional de educação, supervaloriza o papel do aluno preterindo o do professor, dando ênfase aos conteúdos com aplicabilidade prática no cotidiano.

A pedagogia das competências abre margem para diferentes interpretações e perspectivas e, caso não haja clareza de para quem e para quê são desenvolvidas as competências e habilidades, a formação provavelmente irá se alinhar à concepção hegemônica de formação para o mercado de trabalho, afastando-se, em grande proporção, das concepções e propostas de atuação profissional do SUS.

Assim, é necessário questionar quem é o indivíduo que se pretende formar e qual modelo de educação faz essa mediação. As DCN e projetos de formação falam em formação humanista, generalista, crítica e reflexiva, mas, ao adotarem a formação por competências, assumem o risco de uma formação muito estreitada e que se apresenta como humanista e crítica apenas no plano da aparência.

3.4 Concepções de saúde e abordagem sobre o SUS

Nas concepções de saúde estão as principais aproximações/convergências entre o que é proposto pelo SUS, pelas DCN e pelos projetos de formação analisados. A concepção de saúde explicitada em todos os textos é a concepção ampliada, que reconhece os determinantes sociais do processo saúde-doença sem excluir a importância dos fatores biológicos e ambientais.

Como uma importante reforma de Estado, construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: conceito ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade da atenção (BRASIL, 2004a, p. 5).

Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010a, p. 10; *Idem*, 2011b, p. 9; *Idem*, 2015, p. 65).

Esses trechos sugerem avanços principalmente com relação à abordagem das determinações não biológicas do processo saúde-doença. No entanto, a adoção efetiva da concepção ampliada de saúde na formação é complexa, pois envolve diversos fatores e está interrelacionada com outras concepções, como a de mundo/sociedade e a de homem.

O projeto de formação do Curso de Graduação em Biomedicina apresenta uma contradição importante ao afirmar a concepção ampliada de saúde em seu Projeto Pedagógico

de Curso e, ao mesmo tempo, ofertar apenas disciplinas que enfatizam nitidamente a abordagem biológica do corpo e do adoecimento.

Diversos autores defendem que a concepção que ainda predomina de fato nos cursos da saúde e na atuação profissional é a biomédica, baseada na abordagem biologicista e mecanicista do corpo e cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e na figura do médico (BATISTELLA, 2007; COSTA; MIRANDA, 2009; GIL, 2005; FEUERWERKER, 2006).

A concepção biologicista tem se perpetuado, pois atende aos interesses do modelo de produção vigente, ou seja, à reprodução do modo de produção capitalista é vantajoso que os indivíduos atribuam os motivos de seu adoecimento a suas próprias características biológicas e a seus hábitos de vida, assumindo para si toda a responsabilidade pela manutenção de sua saúde, pois, assim, não se conscientizam da estreita relação existente entre saúde-doença e as condições de trabalho, moradia, acesso a bens e serviços, dentre outros fatores.

Considerando-se que as desigualdades sociais e a pobreza são fenômenos multidimensionais e dinâmicos, e que não se restringem aos aspectos socioeconômicos com os quais são normalmente identificados, os profissionais de saúde devem estar atentos à forma como estes âmbitos podem interferir na saúde dos indivíduos e das populações. Com efeito, aliar as competências dos trabalhadores de saúde com as necessidades das diversas coletividades é primordial para educação bem sucedida no campo da saúde (COTTA; BAGNATO, 2007, p. 280).

É fundamental que o profissional de saúde reconheça que os mesmos processos que determinam a estrutura da sociedade são os que produzem as desigualdades sociais e, em grande parte, os perfis epidemiológicos de saúde e doença, uma vez que a saúde é um fenômeno produzido socialmente e também reconheçam que algumas formas de organização social são potencialmente mais sadias do que outras. Além do que é indispensável conhecer o contexto em que se pretende intervir, demandando o conhecimento do aluno e do profissional de saúde frente à realidade da população.

Somos forçados a começar constatando que o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, é preciso, antes de tudo, comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais (MARX; ENGELS, 2009, p. 13).

Albuquerque e Giffin (2009) sugerem que “para além da abordagem puramente biológica, fisiológica e patológica dos corpos, maciçamente enfocada nos currículos da área

da saúde, é preciso um olhar sobre suas dimensões históricas, culturais, sociais e simbólicas” (p. 531). Embora os projetos de formação adotem oficialmente a concepção ampliada de saúde, em sua essência de organização, estrutura, quantidade e distribuição de disciplinas e ementas de disciplinas, ainda transparece a abordagem biológica, fisiológica e patológica dos corpos, sugerindo que, apesar do significativo avanço representado na adoção teórica dessa concepção, ainda há longo caminho a percorrer para compreendê-la e adotá-la de fato.

Quanto à abordagem sobre o SUS, o projeto de formação do Curso de Medicina é o que melhor aborda, quantitativa e qualitativamente, conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde, afirmando que o aluno precisa conhecer, de fato, o sistema de saúde do qual provavelmente fará parte após graduado. Segue, como exemplo, a ementa do módulo Saúde, Família e Sociedade I:

História do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Modelos de atenção e território de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços, dilemas e desafios para sua efetivação. A participação e o controle social em saúde. Atenção Primária e Atenção Básica em Saúde. Unidades Básicas de Saúde (UBS), sua formação e funcionamento. Estratégia de Saúde da Família e seus programas de apoio. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O SUS na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família. O processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes. A realidade sociocultural e a implicação na Saúde. A participação e o controle social em saúde. Relação médico paciente na perspectiva da saúde coletiva. Humanização em saúde. Acolhimento e classificação do risco no SUS. Promoção, prevenção, vigilância, riscos e agravos à saúde. Medicina Baseada em evidências na Atenção Básica. Planejamento em Saúde. Visita Domiciliar. Integração Acadêmica nas comunidades. Devolutiva à comunidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 114).

Os projetos dos Cursos de Enfermagem e Fisioterapia também possuem disciplinas que tratam do SUS, mas não na mesma amplitude do Curso de Medicina. Os projetos de formação dos Cursos de Biomedicina e Educação Física são os que apresentam maior fragilidade com relação a esse aspecto, de modo que no PPC do Curso de Educação Física há duas disciplinas que tratam de conteúdos relativos ao SUS e à saúde coletiva e no PPC do Curso de Biomedicina há apenas uma disciplina que aborda, de maneira muito incipiente, alguns conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde e às políticas públicas de saúde. Existe a possibilidade de que esses conteúdos sejam abordados nas disciplinas de estágio, mas isso fica na dependência da perspectiva sob a qual os estágios são conduzidos.

Embora todos os projetos de formação relatem a pretensão de formar um profissional apto a atuar no SUS, alguns deles disponibilizam poucas oportunidades, ou nenhuma, para

que o aluno tenha contato com as concepções e perspectivas de atuação profissional do SUS, dificultando a esse egresso preparar-se realmente para atuar na perspectiva desejável nesse sistema de saúde.

Paim (1994) corrobora esse argumento, afirmando que as disciplinas e conteúdos dos cursos de graduação em saúde que deveriam estar voltados especificamente para o SUS são insuficientes. O autor ressalta, ainda, que boa parte dos Projetos Pedagógicos dos cursos de saúde enfrenta dificuldades de assumir o SUS com temática transversal, presente em todo o processo de formação, tanto como conteúdo teórico como espaço de prática.

3.5 Politização, cidadania e função social do profissional de saúde

Todos os projetos de formação pesquisados falam em formação ética, com ênfase na humanização, solidariedade e reconhecimento da função social do profissional de saúde, seguindo as diretrizes curriculares e, a princípio, em sintonia com a proposta de atuação profissional do SUS. Seguem exemplos extraídos dos PPCs dos Cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, respectivamente:

Ser autônomo, crítico, criativo e solidário no exercício da aprendizagem e do trabalho, interrogando-se sobre o porquê, o para quê, os limites, os fins da ação em saúde e as necessidades dos usuários do sistema de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011b, p. 6).

A ética deve ser priorizada na busca pela humanização na área da saúde. É preciso refletir sobre valores, deveres e direitos e repensar as relações humanas no campo profissional (*Idem*, 2011a, p. 18).

Será estimulada a inclusão e a valorização das dimensões ética e humanística na formação do estudante, desenvolvendo atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade (*Idem*, 2015, p. 49).

Contudo, De Sordi e Bagnato (1998) alertam que, no contexto da formação hegemônica, para o mercado, em sua grande maioria os egressos da área da saúde saem da universidade capacitados para demonstrar suas habilidades cognitivas e técnicas e, ao mesmo tempo, sua pequena familiaridade com as questões sociais. A maioria deles mostra-se desapegada dos compromissos éticos e bem adaptados a uma hierarquia social na qual o que importa é competir, vencer individualmente e ter sucesso na carreira. Alguns trechos dos PPCs, já citados anteriormente, corroboram esta constatação, transparecendo a ideologia do

empreendedorismo, a opção nítida de classe pelo trabalho intelectual e por posições de mando, de “gerenciamento” da força de trabalho.

A racionalidade que conduz as relações sociais, na perspectiva da manutenção da ordem capitalista, reifica os sujeitos e intensifica a destruição de vínculos entre eles. Nesse cenário, as subjetividades se constroem focadas no imediatismo, no efêmero, no fragmentário e na insensibilidade perante o outro (SILVEIRA, 2002). É importante que os profissionais de saúde em formação compreendam esse cenário, concebendo o individualismo como um produto da sociedade capitalista, onde o valor está centrado na produção de mercadorias.

Essa ideologia individualista dificulta a compreensão da dimensão, da complexidade e da importância do trabalho em equipe e multiprofissional. Para além do individualismo há ainda o corporativismo profissional que, seguindo a mesma lógica, incentiva que as diferentes categorias profissionais se apoiem internamente, mas entrem em competição com outras categorias por reconhecimento, por direito de executar procedimentos privativamente, dentre outros.

O individualismo e o corporativismo dificultam a construção da cidadania, pois se perde a noção de coletividade e de interdependência; confrontam diretamente a compreensão do conceito ampliado da saúde, uma vez que a tendência é a culpabilização dos indivíduos, como únicos responsáveis por suas condições de saúde ou de doença, dificultando aos alunos a compreensão dos conceitos de determinação social do processo saúde-doença, de saúde coletiva, de corresponsabilidade, de vínculo, de construção coletiva, de solidariedade.

Nesse contexto, educar para um outro mundo possível é educar para dar visibilidade ao que foi ocultado para oprimir, no intuito de enfrentar o poder e democratizá-lo radicalmente. Educar para um outro mundo possível é mostrar o que foi ausentado historicamente pelas culturas dominantes, aquilo que foi tornado estranho pelo não reconhecimento do saber de experiência, pela sobrevalorização do produtivo em detrimento do não-produtivo, e pela sobrevalorização do científico em detrimento do não-científico (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009, p. 522).

Contemplar abertamente a dimensão crítica e política na formação dos profissionais de saúde pode implicar mudanças na formação destes sujeitos, tornando-os capazes de desencadear um movimento de busca por novas conformações organizacionais, mais democráticas. Isto pode colaborar para a formação de sujeitos coletivos, comprometidos eticopoliticamente, que possam agir como atores sociais da construção e consolidação do SUS (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Na ocasião em que compreendem e organizam politicamente a própria condição, em suas relações de produção, em face da burguesia, das outras classes sociais e do Estado burguês, então começam a desenvolver uma consciência de classe-para-si (IANNI, 1988, p. 35).

Embora os projetos de formação analisados abordem como desejável a formação política dos alunos e tragam a formação ética e a função social do profissional com um dos princípios norteadores da formação, deixam transparecer as ideologias de produtividade, sucesso individual, empreendedorismo. Apenas o projeto do Curso de Educação Física parece aproximar-se da perspectiva de formação ética, crítica, com função social, aliada ao caráter humanista de formação defendido pelo projeto.

É importante salientar que o Curso de Educação Física do CAJ/UFG, ao defender a Universidade como instituição social, sempre o fez tendo como parâmetros os compromissos com a qualidade da formação intelectual de seus alunos, com a qualidade da sua produção científica, tecnológica, artística e filosófica e, principalmente, com o atendimento às necessidades, aos anseios e às expectativas da sociedade. [...] Atuação crítica no mundo do trabalho tendo em vista as suas funções educacionais, pedagógicas, científicas, políticas e sociais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, pp. 8 e 12).

Outra questão complexa acerca da formação política e social dos alunos é a expectativa exagerada em relação às disciplinas de ciências humanas e sociais, esperando-se que estas, muitas vezes com um número reduzido de créditos, possam assegurar uma mudança de comportamento ou da visão dos alunos sobre si próprios, sobre a sociedade ou sobre sua profissão.

As disciplinas humanísticas preocupam-se com o objetivo global no que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem, não reduzindo o ensino a um modelo pedagógico voltado para a transmissão do conhecimento repassador, mas engajado em preparar os futuros profissionais a chegarem à resolução dos problemas da população que em geral apresentam uma soma de aspectos biopsicossociais e ambientais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2011a, p. 18).

O conhecimento da área das ciências humanas e sociais é essencial; contudo, se ele não tiver espaço adequado no projeto de formação, como foi possível perceber no PPC do Curso de Graduação em Biomedicina, ou se não estiver articulado com os demais conhecimentos, sua contribuição para a formação fica limitada. Corre-se, então, o risco de a formação com caráter humanista ser reduzida a um aglomerado de informações humanísticas,

levadas adiante de forma linear, fragmentária e desconectada da formação específica dos alunos (CENCI; FÁVERO, 2008).

Esse direcionamento, intencional ou não, da formação política dos profissionais de saúde corrobora a perpetuação das concepções e ações hegemônicas. A formação dos profissionais de saúde tem atendido, em vários aspectos, à lógica do capital e da preparação de recursos humanos para atuar tecnicamente, distanciando-se das propostas de diálogo, emancipação, conscientização e construção coletiva presentes no SUS. “A desconsideração total pela formação integral do ser humano e sua redução a puro treino fortalecem a maneira autoritária de falar de cima para baixo” (FREIRE, 2011, p. 113).

De acordo com Maggie Brasil (2005), existe uma pedagogia inerente ao modo de produção capitalista, que representa uma tentativa de homogeneização social para dissimular a divisão classista, que enaltece o projeto da classe dominante como sendo de todos e condiciona os sujeitos, para que possam perpetuar-se os modelos postos. Dentre os componentes dessa pedagogia, a autora destaca: a desqualificação do trabalho, a preponderância da razão instrumental, a cidadania tutelada, o dilaceramento da subjetividade, o consumo em rede e a recente cultura terapêutica, que medicaliza os resultados sociais desastrosos da desigualdade, transformando-os em doenças e culpabilizando os indivíduos.

O fortalecimento do pensamento crítico e político na formação em saúde é indispensável para a ampliação da visão de mundo dos futuros profissionais da saúde, ultrapassando o conhecimento técnico-científico e resgatando conceitos como cidadania, justiça social e solidariedade. É necessário apresentar ferramentas para que esses futuros trabalhadores da saúde possam refletir sobre sua própria prática, conceber um projeto de sociedade e lutar por ele, incluindo a luta pelo direito de assistência em saúde pública e de qualidade. Dificilmente haverá mudanças nas práticas de atenção à saúde sem a participação ativa dos profissionais como sujeitos comprometidos com a cidadania, com a ética, com a democracia, com a coletividade e com o fortalecimento do sistema público de saúde.

Esse processo de reflexão e engajamento social pode ser capaz de fortalecer nos egressos dos cursos da área da saúde a noção de pertencimento e comprometimento com a coletividade. Poderia possibilitar o desenvolvimento de relações mais horizontais e solidárias entre os diversos profissionais de saúde e entre estes e as comunidades atendidas nos serviços de saúde, relações que incentivassem a autonomia, o diálogo e a emancipação.

Nota-se nos projetos de formação analisados, mesmo que muitas vezes de maneira velada, a perpetuação da figura do *paciente* enquanto ser pronto para ser educado, moldado e transformado pelos profissionais de saúde, detentores do saber, responsáveis pelas mudanças

de comportamentos dos indivíduos. Segue como exemplo um trecho extraído do PPC do Curso de Medicina:

Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015, p. 64).

Transparece a ideia de que o profissional educa e o paciente é educado, numa imposição de informações e hábitos saudáveis a serem acatados. Essa hegemonia do saber profissional, tão arraigada na cultura brasileira, cerceia a liberdade e autonomia dos sujeitos e limita o diálogo. Considerando que os indivíduos constroem conhecimentos constantemente, o diálogo é o encontro desses conhecimentos construídos historicamente e culturalmente, um encontro que se dá na subjetividade. O diálogo ocorre quando cada um coloca aquilo que sabe a disposição dos demais, que fazem o mesmo, de forma respeitosa, buscando o compartilhamento de saberes.

O diálogo possibilita que nos reconheçamos diferentes, diversos, peculiares, de modo que sempre temos algo a aprender com os demais. No referencial freireano, o diálogo é condição indispensável para a superação da consciência ingênua, para se alcançar uma consciência crítica voltada à responsabilidade política e social (SANTORUM; CESTARI, 2011).

De acordo com Valla (1998), a dificuldade de diálogo faz com que a participação popular encontre grandes entraves, principalmente nas relações entre profissionais de saúde e classes populares. Esses profissionais deveriam atuar como mediadores, por serem o elo de contato direto com a população; no entanto, eles têm tido dificuldade de interpretar a fala e o fazer dessas classes populares de forma adequada. O autor enfatiza que essa dificuldade dos profissionais de saúde em compreender a fala e o fazer das classes populares e se aproximar delas, relaciona-se mais com a

[...] postura do que com questões técnicas como, por exemplo, linguísticas. Relaciona-se mais com a dificuldade em aceitar que pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia sejam capazes de produzir conhecimento, sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, de fazer uma interpretação capaz de contribuir para a avaliação dos mediadores sobre a mesma sociedade (p. 14).

Vasconcelos (2004) acrescenta, ainda, que o princípio da participação popular do SUS é geralmente aceito e teoricamente defendido por todos, mas não são tomadas atitudes, na

prática, para que ele se efetive, como se ele se operacionalizasse automaticamente nos espaços formais como os conselhos e conferências de saúde. Contudo, estas instâncias esbarram nas questões gerenciais e burocráticas do sistema e acabam por não promover a participação real dos usuários dos serviços de saúde. É nesse contexto que o cidadão é desconsiderado, pelo “[...] autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza” (p. 75).

Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS [...]. Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 42).

O profissional de saúde geralmente transmite normas, prescrições, informações aos indivíduos de modo semelhante a uma aula expositiva com que conviveram durante sua formação escolar. Nesse processo, cabe aos sujeitos acatar as orientações e, de repente, mudar seu comportamento em função do que lhes foi *ensinado*, como se isso fosse algo independente de outras variáveis.

Para Valla (1998) e Vasconcelos (1999), quando as orientações/prescrições profissionais não são executadas conforme esperado, os sujeitos tornam-se diretamente culpados – e não corresponsáveis – por seus problemas de saúde, num fenômeno de “culpabilização da vítima”. Exclui-se, assim, a influência dos fatores sociais, culturais, econômicos, determinantes no processo saúde-doença, e se camuflam aspectos do mau funcionamento de serviços públicos e o descompromisso de governos. Isso não só distancia o profissional da perspectiva de atuação proposta pelo SUS, como dificulta que um de seus princípios fundamentais, o da participação popular, possa se efetivar.

No entanto, apesar dos intensos debates, múltiplas proposições e das inovações introduzidas pelos movimentos de mudança na graduação na área da saúde, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde, a graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao controle social (os conselhos de saúde) (BRASIL, 2004a, p. 5-6).

Por mais que os projetos de formação dos cursos, buscando alinhar-se às DCN, citem a autonomia dos sujeitos e a educação em saúde voltada para o autocuidado, é difícil pensar em autonomia e autocuidado sem conscientização, emancipação e empoderamento dos sujeitos. O Curso de Educação Física é o único que aborda este aspecto: “Incentivar a atividade criadora e a afirmação da autonomia e da liberdade dos sujeitos em diferentes dimensões, contextos e práticas” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010b, p. 9).

Emancipação é processo compartilhado, construído coletivamente, de superação e libertação das formas de opressão, exploração, discriminação e violência; representa a autonomia e o empoderamento dos sujeitos, de modo a que reconheçam sua capacidade crítica, seu protagonismo e seu poder de mobilização e de luta na direção de seus interesses de classe, reconhecendo que a libertação acontece na relação com o outro (BRASIL, 2012).

Os cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina propõem em seus projetos de formação inserir os alunos nos campos de prática e no SUS desde o início da graduação, logo no primeiro semestre, para que os mesmos tenham contato com a população, com a realidade social e com o sistema de saúde, tornando-se capazes de, posteriormente, planejar e executar intervenções compartilhadas.

À primeira vista, essa é uma proposta válida; contudo, é preciso cautela, pois uma ação pode fundamentar-se em diferentes perspectivas. Por exemplo, realizar uma *ação comunitária* para se conhecerem as concepções da população, ouvir o que pensam e suas demandas, para depois elaborar intervenções exógenas de comportamento não implica mudança de paradigma. Apesar de se ter ouvido a população, a forma de fazer continua legitimando o saber profissional, sobrepondo-o ao da comunidade. Ao se realizar qualquer intervenção é necessária a crítica e a reflexão sobre a perspectiva sob a qual a ação está realmente fundamentada. Na prática em que o profissional se considera detentor do saber científico, modificador de hábitos e dominante em relação ao usuário do SUS não há espaço para o diálogo e, portanto, para a autonomia, para a participação popular.

Considerações Finais

Os estudos sobre a reorientação da formação profissional em saúde no Brasil têm ganhado espaço crescente no debate científico, principalmente após a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), denunciando a incompatibilidade entre o modelo de formação hegemônico em saúde e a perspectiva de atuação profissional do SUS. Nesse contexto, buscou-se por meio desta pesquisa contribuir com esse debate investigando a formação nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí, para identificar a essência de sua (in)compatibilidade com a atuação profissional no SUS.

O objetivo foi atingido por meio da identificação e compreensão das concepções (de mundo/sociedade, de homem, de saúde e de educação) presentes nos documentos do SUS e nos projetos de formação dos cursos pesquisados. Assim, buscou-se desvelar o objeto de estudo, ultrapassando as impressões aparentes, e muitas vezes contraditórias, presentes nos textos para identificar as concepções que, de certo modo, indicam a essência desse sistema de saúde e da formação profissional em saúde na Regional Jataí da UFG. Essas concepções, direta ou indiretamente, balizam suas ações, decisões, opiniões, posicionamentos. E isso possibilitou identificar e analisar as principais aproximações e distanciamentos entre as concepções e perspectivas do SUS e as dos cursos pesquisados.

Os dados encontrados corroboraram os estudos anteriores que denunciaram a incompatibilidade da formação profissional em saúde para atuação profissional no SUS, demonstrando a existência de mais distanciamentos do que aproximações entre as concepções e propostas de formação dos cursos pesquisados e o Sistema Único de Saúde. Os dados indicam, ainda, que, provavelmente, a inadequação de recursos humanos para atuação no SUS é resultante, dentre outros fatores, da essência significativamente diferente entre ambos.

O Sistema Único de Saúde, provavelmente em decorrência de sua idealização no seio de movimentos populares e de seu processo de criação, possui concepções críticas, com forte conotação social. Nos documentos pesquisados relativos ao SUS, mostrou-se nítida a concepção ampliada de saúde, com reconhecimento da importância das determinações sociais do processo saúde-doença; a concepção de homem enquanto ser autônomo, livre, coletivo, de homem enquanto ator social, participativo. Demonstrou-se a concepção de mundo/sociedade enquanto espaço contraditório de conflitos de interesses, luta de classes e imensa desigualdade, desigualdade essa que interfere direta e grandemente na produção da saúde e da

doença. Por fim, uma concepção dialética de educação, que sugere a construção coletiva, o desenvolvimento das diversas capacidades humanas, o diálogo, o desenvolvimento da consciência de classe e a relação dialética entre o professor, o aluno e o meio.

Já nos projetos de formação pesquisados, resguardadas as peculiaridades dos diferentes cursos, as concepções predominantes foram: a concepção ampliada de saúde, demonstrando avanços na abordagem das determinações sociais do processo saúde-doença, mas ainda apresentado dificuldades na consolidação da concepção nos currículos; a concepção de homem como ser condicionado pela sociedade, com objetivo de adaptá-lo a ela e ao mercado de trabalho; a concepção acrítica e individualista de mundo/sociedade não reconhecidos como espaço contraditório, não se reconhecendo a luta de classes e a relação oprimido-opressor, inclusive dificultando a real compreensão da concepção ampliada de saúde; e, por fim, uma concepção de educação que mescla o neoescolanovismo da pedagogia das competências proposta pelas DCN com a herança, ainda muito presente, da pedagogia tecnicista.

Cabe a ressalva de que esta pesquisa não se dedicou à investigação do currículo em ação, ou currículo real; não pode, então, tecer considerações sobre o quanto do que está posto nos projetos é de fato considerado no dia a dia da formação. O currículo formal é aquele definido pela equipe que atua na instituição ou pelas autoridades educacionais, contemplando os elementos presentes na ação educativa na forma expressa no papel. Já o currículo real é o que se pratica em sala de aula, ou seja, é o que é executado de fato numa vivência educacional. Cabe ressaltar, assim, que, nem tudo o que está expresso no currículo formal é de fato praticado (BRASIL, 2008).

Sobre as diretrizes formais relacionadas à formação profissional em saúde, é possível afirmar que as iniciativas legais de mudança e reestruturação da formação em saúde, representadas principalmente pelas DCN, constituem avanços. Ao se proporem mudanças, reconhece-se que a formação dos profissionais de saúde não tem atendido às necessidades do Sistema Único de Saúde, alicerçado na concepção ampliada de saúde; na assistência universal, integral e equânime; no fortalecimento da atenção primária à saúde; na prevenção e promoção da saúde e na participação e emancipação popular.

Os principais avanços encontrados nos projetos de formação pesquisados, que os aproximam da perspectiva do SUS, estão relacionados à abordagem da concepção ampliada de saúde, mesmo que esta ainda não seja trabalhada em sua totalidade e complexidade; a proposta de trabalhar com a interdisciplinaridade e a articulação entre teoria e prática; o reconhecimento, ainda que incipiente, da função social do profissional de saúde; e as

propostas de metodologias ativas de ensino que, apesar das críticas que lhes são tecidas, constituem-se em avanço na busca de superação do modelo pedagógico tradicional, baseado na figura dominante do professor e na mera transmissão de conhecimentos.

Contudo, os distanciamentos e desafios são evidentes, principalmente em relação às concepções de mundo/sociedade, de homem e de educação; aos currículos disciplinares e disciplinantes; às tensões que dificultam a articulação entre teoria e prática. Concorde-se com De Sordi e Bagnato (1998), que alertam que um dos equívocos mais comuns é a proposição de inovações nas práticas de ensino como tentativas de evidenciar progressos, quando, muitas vezes, as mudanças apenas escondem a manutenção das concepções anteriores, mantendo a mesma lógica de formação. Assim, a mudança que se processa apenas no âmbito da aparência constitui uma força desaceleradora, dificultando que docentes e alunos se apropriem, na essência, dos instrumentos e habilidades necessários para uma leitura do mundo em que vivem e no qual podem intervir no sentido de transformá-lo.

Mesmo reconhecendo as iniciativas legais de mudança e reestruturação da formação em saúde como importante avanço, é preciso ponderar que, por si só, a proposta de modelos diferenciados não altera paradigmas, se as concepções continuarem arraigadas em formas antigas, como: relação assimétrica e hierárquica professor e aluno, e entre profissional e indivíduo/comunidade; valorização apenas do saber profissional; abordagem centrada nos aspectos biológicos do ser humano e nas doenças; e visão individualista do ser humano e da sociedade. Enquanto o ensino estiver vinculado a essas concepções, corre-se o risco de se repetirem constantemente as mesmas formas de atenção à saúde, distantes das demandas do SUS.

São necessárias condições para que os alunos possam apropriar-se de elementos que os qualifiquem a partir de uma formação duplamente densa: tanto no plano técnico, quanto no plano ético, humano e social. Assim, para que se possa efetivar uma formação em saúde coerente com as concepções, princípios e propostas do SUS, preparando de fato os alunos para atuarem nesse sistema de saúde, são necessárias rupturas profundas, na essência e estrutura da formação, repensando-se, primeiramente, as concepções (de homem, de mundo/sociedade, de saúde e de educação) que têm balizado a formação em saúde e a práxis no SUS.

Defende-se, por fim, a busca pela real aproximação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde. Uma aproximação não só enquanto campo de prática, mas que supere a simples utilização da rede de serviços e suponha uma reelaboração da articulação

teoria-prática, do ensino-aprendizagem-trabalho, e principalmente, uma reconfiguração do contrato social da própria universidade.

Essa aproximação traduz-se em uma possibilidade de que professores e alunos possam vivenciar as práticas em saúde, o cotidiano dos indivíduos, família e comunidade; participar na construção de novas possibilidades para o cuidado em saúde que considerem o usuário como sujeito e protagonista de sua história. Concepções e paradigmas não se alteram automaticamente, pois constituem uma maneira de ver e viver no mundo. Assim, é preciso que a universidade e demais instâncias que influenciam as diretrizes formativas se aproximem de fato do SUS para compreendê-lo em sua essência e complexidade.

A partir da real compreensão do Sistema Único de Saúde, abre-se um possível caminho para aproximar as concepções da formação em saúde das concepções do SUS, buscando alcançar na formação do profissional de saúde a dimensão do conceito ampliado de saúde em toda a sua complexidade; a tomada de consciência sobre as formas de organização social, o papel do homem na sociedade, a importância da coletividade, da cidadania e da solidariedade; e a concepção dialética de educação, de modo que se possa abrir espaço para a formação crítica com base humanista, para a construção coletiva do conhecimento e para o diálogo.

O Ministério da Saúde vem apresentando diversas iniciativas no sentido dessa aproximação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde, como Pró-Saúde, PET-Saúde, Promed, Ver-SUS, Aprender SUS, dentre outros. A iniciativa mais recente é a instituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS), aprovada no ano de 2012 (BRASIL, 2012) e instituída oficialmente pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Essa política pode constituir um possível caminho para essa aproximação, sob a perspectiva da educação popular.

A educação popular busca trabalhar pedagogicamente o ser humano, fomentar a construção coletiva da investigação e do aprendizado, respeitando a cultura popular e promovendo a capacidade de análise crítica, de luta e de enfrentamento dos sujeitos. Representa um caminho que pode contribuir não só com metodologias, práticas e saberes, mas, também, no fortalecimento da participação social e no delineamento ético de novas posturas no cuidar, gerir e formar em saúde.

A instituição universitária, tida como espaço de formação, de debate, de pensamento crítico e de compromisso com a sociedade tem desempenhado, muitas vezes, o papel oposto, ao ser conivente com uma formação acrítica, que atende, em grande parte, aos interesses de mercado em detrimento do real comprometimento com a formação humana e com a

sociedade. Diante dessas diversas iniciativas de aproximação, dos diversos estudos apontando a necessidade de reorientação da formação em saúde para atuação profissional no SUS, os avanços materializados nesse sentido ainda são incipientes, denunciando a dificuldade da instituição universitária de atuar numa perspectiva contra-hegemônica e abrindo um leque de possíveis reflexões e questionamentos sobre a complexidade das determinações envolvidas nesse processo.

Referências

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GIFFIN, Karen Mary. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 519-537, 2009.
- ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos do estado**. Lisboa: Presença, 1992.
- ARROYO, Miguel Gonzáles. **Ofício de mestre: imagens e auto-imagens**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- BAGNATO, Maria Helena Salgado; MONTEIRO, Maria Inês. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 247-258, 2006.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro: v.1, n.1, p.65-74, 2005.
- BARROS, José Augusto Cabral. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 67-84, 2002.
- BATISTA, Nildo Alves. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, 2005.
- BATISTA, Cássia Beatriz. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, p. 97-125, 2013.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV; FIOCRUZ, 2007, p. 51-86. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51>. Acesso em: 20 set. 2014.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.2, n.2, p. 139-154, 1998.
- BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl.), p. 11-16, 2005.
- BRASIL, Maggie Nunes. A pedagogia do capitalismo e seus componentes. In: MASCARENHAS, Ângela Cristina Belém (org). **Educação e trabalho na sociedade capitalista: reprodução e contraposição**. Goiânia: Editora da UCG, 2005. p. 9-48.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular no SUS**. Brasília, DF: SGEp; 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalensp/informe/site/arquivos/anexos/34d8877cdc713e2b70d1f8f85f43d9ccf6116c0e.PDF>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS**. Brasília: CONASS, 2008. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/formacao_profissionais_2008.pdf>. Acesso em: 17 set 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção pró-gestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Pacto pela saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2007b.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007c.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: DF, 2004a

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7/2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. **Diário Oficial da União**, 31 mar. 2004b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2/2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina. **Diário Oficial da União**, 20 fev. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano II, n. 5, Edição Especial, 2002a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, 04 mar. 2002b

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, 09 nov. 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 09 nov. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 dez. 1990b.

_____. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm>. Acesso em: 21 fev. 2015.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BREILH, Jaime. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 6, n. 1, p. 83-101, 2010a.

BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010b.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 112-116, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli *et al.* Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, Esp. 2, p. 1226-31, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

CENCI, Ângelo Vitório; FÁVERO, Altair Alberto. Notas sobre o papel da formação humanística na universidade. **Revista Pragmatéia Filosófica**, Passo Fundo, ano 2, n. 1, p. 1-8, 2008.

CIAVATTA, Maria. Formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e identidade. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Orgs.). **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 83-105.

CIRQUEIRA, Márcio Vinícius de Brito. **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator: perspectivas de formação e inclusão social**. 2011. 167p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2015.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 503-517, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p. 278-286, 2007.

DE SORDI, Mara Regina Lemes; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

DUARTE, Newton. O debate contemporâneo das teorias pedagógicas. In: MARTINS, Lígia Márcia; DUARTE, Newton (orgs). **Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. **Vygotsky e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

FERRETTI, Celso João. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? **Revista Educação e sociedade**, São Paulo, v. 23, n.8, p. 299-306, 2002.

FERRI, Sonia Mara Neves *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.515-29, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Por que a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 32-38, 2006.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: _____. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.

FOUREZ, Gérard. **A construção das ciências: uma introdução à filosofia e ética das ciências**. Trad. de Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Editora Unesp, 1995.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia** - saberes necessários à prática educativa. 43a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FREITAS, Luís Carlos. A questão da interdisciplinaridade: notas para a reformulação dos cursos de pedagogia. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 10, n. 33, p. 105-131, 1989.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A educação e a crise do capitalismo real**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucida (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 25-49.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GAZIP, Daniela Falcão Augusto. Opas defende fim da saúde universal gratuita. **Folha de São Paulo**, 14 de dez. de 1998, p. 4. Disponível em: <<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/1998/12/14/264/>> acesso em: 15 mar. 2015.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 490-98, 2005.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**, volume 2. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. Carlos Nelson Coutinho, 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998.

IANNI, Octávio. **Dialética e capitalismo**: ensaio sobre o pensamento de Marx. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Trad. Célia Neves e Alderico Toríbio. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LEAL, Cátia Regina Assis Almeida; LUIZ, Ângela Rodrigues. Formação em Educação Física: evidências em um curso de bacharelado na área da saúde. **Anais do VI Congresso Centro-Oeste de Ciências do Esporte e X Congresso de Educação Física**. Jataí, 2014. Disponível em: <<http://congressos.cbce.org.br/index.php/6concoce/10conef/schedConf/presentations>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

LIMA, Kênia Raisse Borges; SILVA, Juliana Alexandre da; PEREIRA, Lucilene Alves. Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal. **I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade**, Anais... 2010. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 4, p. 1273-1291, 2012.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-39, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.

MARTINS, Lígia Márcia. Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências. In: DUARTE, Newton (org). *In: Crítica ao fetichismo da individualidade*. 2. ed. Campinas: Autores associados, 2012. p. 53-74.

MARTORELL, Leandro Brambilla. **Saúde coletiva e a reorientação da formação profissional**. Goiânia: Editora UFG, 2012.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da economia política. Livro primeiro: o processo de produção do capital. V. 1, 7. ed. São Paulo: DIFEL, 1982a.

_____. **Para a crítica da economia política; Salário, preço e lucro; O rendimento e suas fontes**: a economia vulgar. São Paulo: Abril Cultural, 1982b.

_____; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão popular, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2005.

MITRE, Sandra Minardi *et. al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 2133-2144, 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - comunicação, Saúde e educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.153-66, 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NUNES, Everaldo Duarte. Pós-Graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

_____. Sobre a história da Saúde Pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 251-264, 2000.

_____. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 55-69, 1996.

_____. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, 2006.

_____. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes médicas, 1999.

PIRES, Luciene Lima de Assis. **A criação de universidades tecnológicas no Brasil: uma nova institucionalidade para a educação superior**. 2005. 302p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão [online], 2006. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22>. Acesso em: 23 ago. 2014.

PORTAL BRASIL. **Grandes números do SUS** [online], 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/grandes-numeros-do-sus/view>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-17, 1986.

RAMOS, Marise. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 37-59, 2014.

SANTORUM, Juliana Acosta; CESTARI, Maria Elisabeth. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 223-40, 2011.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 429-435, 2007.

SAVIANI, Demerval. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.

SHIROMA Eneida Oto; CAMPOS Roselane Fátima; GARCIA Rosalba Maria Cardoso. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n.2, p. 427-446, 2005.

SILVA, José Paulo Vicente da Silva; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVEIRA, Maria Lúcia da Silveira. Algumas notas sobre a temática da subjetividade no âmbito do marxismo. **Revista Outubro**, v. 7, p. 103-113, 2002.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 765-770, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Jataí, 2015.

_____. **Resolução CEPEC nº 1122 /2012**. Aprova o novo Regulamento Geral dos Cursos de Graduação (RGCG) da Universidade Federal de Goiás e revoga as disposições em contrário. Goiânia: UFG, 2012

_____. **Projeto Pedagógico do Curso de Fisioterapia**. Jataí-GO: UFG, 2011a.

_____. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Jataí-GO: UFG, 2011b

_____. **Projeto Pedagógico do Curso de Biomedicina**. Jataí-GO: UFG, 2010a.

_____. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física**. Jataí-GO: 2010b.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 2, p. 7-18, 1998.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais**: uma reflexão a partir da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2000. 184p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Victor Valla e o movimento da educação popular em saúde. In: GARCIA, Regina Leite (org). **Victor Vincent Valla: companheiro de lutas, de ideias, de vida**. Recife: Anped-UFPE/Cead, 2009. p. 31-38.

_____. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

_____. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; SILVA, Marísia Oliveira. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEEBA - Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, 2015.

VAZ, Caroline Rodrigues; FAGUNDES Alexandre Borges; PINHEIRO Nilcéia Aparecida Maciel. O surgimento da ciência, tecnologia e sociedade (CTS) na educação: uma revisão. **I Simpósio Nacional de Ensino de Ciência e Tecnologia, Curitiba, 2009**Anais... ISBN: 978-85-7014-048-7. Disponível em: <http://www.pg.utfpr.edu.br/sinect/anais/artigos/1%20CTS/CTS_Artigo8.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Marta Lenise; KLEBA, Maria Elisabeth. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v.30, n.1, p. 215-244, 2014.