

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE PARA A
GESTÃO: necessidades e desafios**

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

RENITO JOSÉ DA COSTA

**Tio Hugo, RS, Brasil
2012**

**FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE PARA A
GESTÃO: necessidades e desafios**

RENITO JOSÉ DA COSTA

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para a obtenção do grau de **especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof. Msc. Ethel Bastos da Silva

Tio Hugo, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD**


**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Conclusão de Curso**

**FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE PARA A
GESTÃO: necessidades e desafios**

**Elaborada por
Renito José da Costa**

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista


Comissão Examinadora:



Ethel Bastos da Silva, Ms. (Presidente/Orientadora)



Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM)



Andressa de Andrade, Ms. (UFSM)

Tio Hugo, Dezembro de 2012.

RESUMO

Artigo de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do
Rio Grande do Sul (CESNORS).

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE PARA A GESTÃO: necessidades e desafios

AUTOR: Renito José da Costa

ORIENTADORA: Ethel Bastos da Silva

Tio Hugo, Dezembro de 2012.

Resumo

Trata-se de um trabalho de reflexão que busca discutir e refletir sobre os elementos importantes da formação de profissionais do campo da saúde, para atuação nos espaços de gestão do sistema único de saúde, bem como pontuar os desafios dessa formação nos espaços acadêmicos e no cotidiano de trabalho. Realizou-se, para tanto, uma busca e revisão de referenciais relacionados à temática. Após a leitura e análise das produções, evidenciou-se que o processo de formação dos profissionais de saúde para a gestão na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS constitui-se um desafio, uma vez que significa a ruptura do modelo hegemônico e tradicional de formação e implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho. Assim, para enfrentar tal situação, precisa-se de formação permanente que fomente e sustente transformações e mudanças nas práticas de cuidado e gerenciais em saúde.

Palavras-Chave: Profissionais de Saúde, Gestão em Saúde, Formação.

ABSTRACT

Artigo de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do
Rio Grande do Sul (CESNORS).

PROFESSIONAL TRAINING FIELD OF HEALTH MANAGEMENT: needs and
challenges

AUTOR: Renito José da Costa

ORIENTADORA: Ethel Bastos da Silva

Tio Hugo, Dezembro de 2012.

Abstract

This study is an analysis that aims at discussing and reflecting on the important elements of professional instruction in the health field, who work in areas of management of unified health system (SUS), as well as mentioning the challenges of this instruction in academic spaces and daily work. Therefore, a research and literary review were held. After reading and analyzing the references related to the topic, it became clear that the process of educating health professionals for management from the perspective, principles and guidelines of SUS constitutes a challenge, since it means the breaking of the hegemonic and traditional training and implies in the reorganization of services and critical analysis of work processes. Thus, to face such a situation, one needs continuing education that fosters and sustains transformations and changes in care practices and health management.

Keywords: Health professionals, health management, training.

RESUMEM

Artigo de Especialização

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do
Rio Grande do Sul (CESNORS).

CAMPO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA GESTIÓN DE LA SALUD:

necesidades y retos

AUTOR: Renito José da Costa

ORIENTADORA: Ethel Bastos da Silva

Tio Hugo, Dezembro de 2012.

Resumen

Se trata de un trabajo de reflexión que pretende discutir y reflexionar sobre los elementos importantes de la formación de profesionales en el campo de la salud, para trabajar en las áreas del sistema de salud unificado de gestión, así como la calificación de los retos de la formación en los espacios académicos y trabajo diario. Held, por lo tanto, una búsqueda y revisión de referencias relacionadas con el tema. Después de la lectura y el análisis de las producciones, se hizo evidente que el proceso de formación de los profesionales de la salud para la gestión desde la perspectiva de los principios y directrices del SUS es un reto, ya que significa la ruptura del modelo tradicional hegemónico y formación e implica la reorganización de los servicios y el análisis crítico de los procesos de trabajo. Por lo tanto, para hacer frente a esta situación, se necesita educación continua que fomenta y sostiene las transformaciones y los cambios en las prácticas de atención y gestión de la salud.

Palabras-claves: Profesionales de la Salud, Gestión de la Salud, Entrenamiento.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO

Resumo	04
Abstract	05
Resumen	06
1 - Introdução	09
2 - CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura.....	11
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: elementos históricos	11
2.3 FORMAÇÃO PARA O PROCESSO DE GESTÃO NO SUS: desafios nos espaços acadêmicos e no cotidiano de trabalho	17
3 - Considerações Finais	21
4 - Referências Bibliográficas.....	23
ANEXO	27
Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo	28

ARTIGO CIENTÍFICO

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho centra-se na temática da gestão do sistema único de saúde, enfocando o processo formativo dos profissionais da saúde para atuarem nesse cenário. A escolha desse tema justifica-se em decorrência das lacunas identificadas na formação dos profissionais da saúde no que tange a dimensão da gestão, e da necessidade iminente de discussão desses elementos para o fortalecimento do sistema único de saúde.

Reconhece-se que os profissionais de saúde são agentes fundamentais das mudanças necessárias, desde os níveis centrais de gestão até a gerência de uma unidade de saúde, pois são os responsáveis pela implementação de ações intersetoriais e integrais, e podem potencializar a participação da sociedade nas decisões que impliquem diretamente nos modos de viver, adoecer e morrer.

Neste sentido, salienta-se que atualmente permeia-se no cenário da saúde a necessidade de mudanças nos processos de trabalho, na gestão e na formação de recursos humanos sendo reconhecida e acompanhada de críticas à inércia do aparelho formador, particularmente às universidades, onde existem grande resistência e dificuldade de mudanças, e onde permanecem sendo formados profissionais que realimentam modelos assistenciais que algumas reformas buscaram superar (PAIM, 1994).

Com isso, na medida em que, no País, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma estratégia de transformação do Sistema de Saúde, é necessário direcionar o processo e definir as grandes políticas e estratégias em atenção ao modelo escolhido. O investimento em políticas de Recursos Humanos precisa criar condições para a mudança no Sistema de Saúde e para aumentar a capacidade crítica e analítica dos profissionais (SISSON, 2009).

A mesma autora, salienta ampliação e o aprofundamento do campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Isto vem ocorrendo por meio da incorporação de questões que anteriormente não eram consideradas de maior relevância, como as relativas aos processos de trabalho e de gestão. O aprofundamento vem se dando mediante a concepção de recursos humanos como

sujeito social, situado historicamente no interior de complexas estruturas sanitárias e sociais.

Ainda nessa direção, Bonetti e Kruse (2004) mencionam que o SUS possui uma estrutura ideológica, embasada em princípios de igualdade e cidadania, e para o seu pleno funcionamento, necessita de uma complexa rede de articulações e pactuações. Assim, destacam que um dos possíveis entraves de consolidação desse sistema parece ser a dificuldade dos profissionais em conduzi-lo, tanto no espaço da gestão, quando no espaço assistencial. Com isso, as autoras referem que para minimizar este problema precisa ocorrer um redirecionamento das instituições formadoras, ou seja, a revisão das estruturas curriculares para que sejam enriquecidas com o debate relativo à política, legislação e trabalho no SUS.

Nessa ótica, acredita-se que faz-se necessária a ampliação do entendimento de educação, que segundo Filho (2004, p.379),

deve ser entendida como compromisso com os ideais da sociedade e refere-se a um conjunto de práticas sociais, com os valores, crenças, atitudes, conhecimentos formais e informais que uma dada sociedade tende a desenvolver para preservar ou melhorar as condições e a qualidade de vida da população. Deve ser redimensionada como processo e produto social e como fator substantivo do desenvolvimento humano, firmado na inter-relação de, pelo menos, cinco componentes básicos: educação, saúde, crescimento econômico, meio ambiente, o direito e o exercício pleno da cidadania (FILHO, 2004, p.379).

Filho (2004), refere que a partir dessa compreensão de educação, também faz-se necessário aprofundar a reflexão sobre os meios e os modos como a formação profissional em saúde vem ocorrendo. Chama atenção, de como os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino utilizadas permitem ao aluno apreender tanto os procedimentos técnicos como, também, desenvolver visão crítica em relação ao processo de trabalho e ao mundo que o circunda.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo buscar por meio da literatura científica refletir e discutir elementos necessários para a formação de profissionais da saúde na direção dos processos de gestão do sistema único de saúde, bem como pontuar os desafios dessa formação nos espaços acadêmicos e no cotidiano de trabalho.

2 CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: elementos históricos

A reforma do sistema de saúde representada pelo SUS teve como sustentação os princípios da reforma democrática do Estado articulados nos anos 80. Tendo como um dos marcos de construção do SUS, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, o que possibilitou uma reforma sanitária voltado à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade. Já em 20 de julho de 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), essa medida apontava os Estados e os municípios como os gestores do futuro sistema de saúde. Esse programa representou a extinção legal da idéia de assistência médica previdenciária (SANTOS, 2007; CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Com a nova Constituição Federal de 1988, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, aprovando a Lei n. 8.080 e Lei n. 8.142, e no mesmo ano, no mês de março, na última semana do governo Sarney, o INAMPS foi finalmente transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 99.060. Passando o processo de formatação e operacionalização do SUS para os Estados e municípios, sendo estes os responsáveis pela gestão do SUS, através da distribuição pactuada de recursos e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal. Porém sua implantação foi dificultada, devido a outra reforma do Estado, ocorrida no mesmo ano, esta comandada pelo Ministério da Fazenda (MF), que promoveu a abertura da economia, ajuste fiscal, contenção dos gastos públicos, reformas administrativas desestruturantes, cortes de servidores públicos e rompimento precoce com a lógica do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social (SANTOS, 2007; CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Apesar das adversidades a partir de 1990 (subfinanciamento e precarização da gestão dos recursos humanos), a inclusão social por meio do acesso aos bens de

saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando um volume grandioso de atendimentos em diversas especialidades no ano de 2005, um exemplo é o número de atendimentos básicos que chegou em 1,3 bilhões, sendo estes atendimentos efetuados em 64 mil unidades ambulatoriais (SANTOS, 2007).

As principais inovações ocorridas na implantação do SUS devem-se ao novo desenho político-institucional, onde faz referência à universalização do sistema de forma inovadora, com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e novos compromissos, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde, através de um novo modelo de financiamento do sistema. Um dos passos mais importantes na universalização dos cuidados foi dado por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF). Com base na Lei n. 8.080/90 e na Lei n. 8.142/90, que detalham o desenho e estabelecem os mecanismos operacionais para a descentralização político-administrativa e para a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010; FERNANDES et al., 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. O SUS, portanto, contempla alguns princípios doutrinários, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de saúde.

A **universalidade** centra-se no direito ao atendimento, garantindo o acesso das pessoas ao atendimento em saúde, no momento em que elas recorrem aos serviços, buscando a melhoria de seu estado de saúde, sem que ocorra distinção entre o serviço federal, estadual ou municipal, pois todos fazem parte de um Sistema Único de Saúde (SUS) (MERHY, 1995).

A **equidade** implica a premissa de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades. A equidade em saúde vem ganhando destaque no debate público setorial como objetivo a se alcançar na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde para a efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional. Evidenciando a complexidade do ambiente em que se processam as tarefas públicas para a redução de

desigualdades inter-regionais, no contexto de interação e interdependência entre processos econômicos, sociais e culturais, mundiais e nacionais, que pressionam as agendas governamentais nestes tempos de globalização (OLIVEIRA et al., 2008; LUCCHESI, 2003).

A **integralidade** requer que todas as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde formem um todo indivisível, que não pode ser compartimentado e fragmentado (OLIVEIRA et al., 2008). Sendo este entre todos os princípios e diretrizes do SUS, possivelmente o menos visível. De forma não generalizada, mudanças estão sendo realizadas, mais ainda não da forma que se espera. Acreditando-se que um dos fatores que irão impulsionar o crescimento da integralidade, seja na busca de transformações no processo de formação de profissionais de saúde (ARAÚJO, 2007). Machado et al (2007, p. 336), contribuem mencionando que,

a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente. Ela é uma *"bandeira de luta"*, parte de uma *"imagem objetiva"* num enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis. Ainda destaca-se a imagem subjetiva como elemento balizador no sistema de saúde atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimento, de emoção e de motivação para uma construção coletiva na defesa da saúde.

Por sua vez, a Lei 8.142/1990 complementa, inicialmente, os meios de participação da sociedade, criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. E, em segundo lugar, as formas de transferência de recursos entre as três esferas estatais e as diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, mais recentemente, emendas constitucionais e pactos pela saúde (LUZ, 2007).

Com isso a Lei 8142/1990, regulamenta, que a Conferência de Saúde deve reunir-se a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, sendo esta convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

No que refere-se aos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), previsto da Lei 8142/1990, estes são alocados em, despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades, vinculados ao mesmo da administração direta e

indireta, também estão voltados aos investimentos previstos em Lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo, sendo esses aprovados pelo Congresso Nacional, além de investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde e na cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Os recursos referidos, são repassados de forma regular e automática para as três esferas do governo, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para receberem os recursos desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com, um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, um plano de saúde, elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle dos gastos. Em contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento. E elaboração de uma Comissão para o Plano de Carreira, para os Cargos e Salários (PCCS), prevista com o prazo de (dois) anos para a sua implantação (BRASIL, 1990).

Além disso, para a operacionalização do SUS, efetivaram-se alguns princípios organizativos: descentralização da gestão com comando único; regionalização e a hierarquização dos serviços; resolutividade no atendimento; participação efetiva da população no controle das ações de saúde e, ainda, a complementaridade do setor privado. Dentre esses princípios, a regionalização e hierarquização norteiam a estruturação dos serviços de saúde a partir de níveis de atenção que se estruturam da seguinte maneira: nível de atenção primária ou de Atenção Básica; Atenção Secundária ou de Média Complexidade; e Atenção Terciária ou de Alta Complexidade (FERNANDES et al., 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) embasado em princípios de igualdade e cidadania, atualmente movimenta o processo de descentralização e coloca a gestão em saúde como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Assim, a reorientação das funções de gestão pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos

necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários (MELO; NASCIMENTO, 2003; FERNANDES et al., 2009). Com isso, passa-se a discutir elementos do processo de gestão na perspectiva das diretrizes e princípios do SUS.

GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: perspectivas a partir das diretrizes e princípios do SUS

O processo de descentralização, no Brasil, tem se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A descentralização é um dos pressupostos que tem informado as iniciativas de mudanças que ocorreram na gestão do setor social nas duas últimas décadas. É um processo dialético que se dá em relação ao poder centralizado. Estudos de caso em profundidade têm mostrado que não apenas a descentralização é responsável por melhorias na organização do sistema de saúde, mas diversas outras características relacionadas com a gestão podem influenciar as diferenças encontradas (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007).

A descentralização por meio da municipalização resultou na responsabilização da saúde a cada gestor municipal deste país, já que os municípios efetivamente são os principais prestadores de serviços de saúde e os maiores empregadores de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2005).

O processo de municipalização da saúde faz parte do movimento de reforma administrativa brasileira e deve contar com uma gestão capaz de atender uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente. A municipalização visa maior eficiência na oferta de serviços, concedendo ao município uma maior autonomia decisória em relação às políticas de saúde a serem adotadas (SOUZA, 2001).

O movimento de municipalização da saúde exigiu dos municípios maior conhecimento das tecnologias de gestão em saúde, visto que, historicamente, era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. O processo de

descentralização do sistema único de saúde coloca a competência de gestão como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo (BRASIL, 2005).

Nessa discussão, Melo e Nascimento (2003) referem que o processo gestão em saúde possui um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para e efetivação das políticas. Pode-se dizer que a gestão não compreende uma ação simplesmente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas. Para tanto, são necessários processos de gestão que incorporem conhecimentos, atitudes e ações tanto da ordem do racional como do sensível, assim como o entrelaçamento e a aproximação entre o cuidar e o gerenciar. Essas aproximações fazem parte de um novo paradigma em saúde.

Nessa perspectiva, Ceccim (2002) descreve quatro vetores que são colocados em evidência frente aos desafios do SUS: o da formação, o da atenção, o da gestão e o da participação em saúde. O vetor da formação põe em evidência o gerenciamento da educação: ensino, pesquisa, extensão e documentação para o desenvolvimento tanto dos sistemas e serviços de saúde como da participação social e do controle democrático do setor; o vetor da atenção põe em evidência o gerenciamento da assistência: ações de cuidado, de tratamento, de promoção e de vigilância à saúde em bases éticas, técnicas e humanísticas; o vetor da gestão põe em evidência o gerenciamento da administração e suporte: instrumentos gerenciais, sistemas de informação, planificação de metas e apuração de custos; e o vetor da participação, finalmente, põe em evidência o gerenciamento das relações com os usuários das ações e serviços de saúde; garantia do amplo acesso à participação e controle social na planificação, avaliação e controle em saúde, articulação com os movimentos sociais e negociação política com a sociedade.

Nessa direção, evidencia-se a necessidade de profissionais de saúde que superem o domínio tradicional da área de enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e ultrapassem o conhecimento da administração e planificação de serviços, programas ou políticas (CECCIM, 2002).

Assim, atuar no cenário da gestão em saúde, pressupõe conhecimentos nessa área, comprometimento, capacidade de trabalhar junto as equipes de saúde e atender as perspectivas dos usuários, isso requer um profissional que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários.

2.2 FORMAÇÃO PARA O PROCESSO DE GESTÃO NO SUS: desafios nos espaços acadêmicos e no cotidiano de trabalho

Inicia-se esse eixo mencionando que, atualmente, um dos desafios de fortalecimento do SUS centra-se no processo de formação dos profissionais da saúde, especialmente, para o processo de gestão em saúde. O modelo de formação que predomina, direciona-se ao modelo hegemônico e biomédico, e tem influenciado a organização das estruturas curriculares dos cursos de graduação no campo da saúde. Destaca-se que numa visão mecanicista, o corpo humano configura-se espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença seria o “desarranjo” de uma delas, assim o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques (ARAÚJO; MIRANDA, 2007).

Os autores acima, ainda destacam que os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e se enfatizam recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tal como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

Os cursos de ensino superior na área da saúde avançaram na concepção crítico-reflexiva em relação à sociedade, entretanto permanecem conservadores na maneira

como ensinam e operam os conteúdos, adotando grades curriculares estanques, que levam à formação de um estudante comparável a uma colcha de retalhos, por somatória ou justaposição de conhecimentos, o que na abordagem a saúde acaba por limitar-se a projetos que abordam a enfermidade, a cura e a atenção individual, o que não capacita os estudantes para mobilizar os saberes na busca da integralidade (SILVA; SENNA, 2006).

Com isso, evidencia-se a necessidade iminente de fortalecimento do processo formativo dos profissionais da saúde para as novas necessidades do SUS, no entanto a formação e a gestão do trabalho em Saúde não deve ser uma questão simplesmente técnica, pois envolve mudanças: nas relações, nos processos, nos atos de Saúde e, principalmente, nas pessoas. No campo da Saúde, o papel de constatar a realidade e de produzir sentidos pertence tanto ao SUS como às universidades e demais instituições formadoras. Cabe ao SUS e às universidades coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de Saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante a participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (ZANOTTO; DE ROSE, 2003).

Ceccim e Feuerwerker (2004) reforçam que 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. Deve buscar desenvolver 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.

Nessa direção, os autores acima citados propõem imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino/ gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão

aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na perspectiva da formação, destaca-se estudo desenvolvido Ferreira, Cotta e Oliveira (2009) que analisaram as discussões realizadas durante o processo de formação de um grupo de tutores no fórum do curso de especialização em Ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de Saúde, as autoras observaram que uma estratégia viável para a formação é transpor as fronteiras da sala de aula por meio de um modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica, relevância social e a gestão do cuidado e dos serviços de saúde, com métodos ativos de ensino-aprendizagem centrados nos alunos; inserir a vivência prática, destinando parte da carga horária a reflexões e atividades com e nos próprios serviços de Saúde, com base na relação de parceria da universidade com os serviços de Saúde, com a comunidade, com as entidades e outros setores da sociedade civil.

Outro estudo desenvolvido por Vanderlei e Almeida (2007) que analisaram a gerência no âmbito municipal através da prática dos gestores e gerentes de unidades gestoras de Saúde da Família, os autores identificaram que a gestão em saúde está centrada na lógica tradicional, o que se constitui o núcleo duro da gerência, isto é, as tecnologias duras em que se emprega muito tempo e se desperdiça muita energia, em que estão evidenciadas as ações burocráticas, ou seja, o trabalho morto e a lógica taylorista - normatizada e burocrática.

A partir dos achados dos estudos acima citados, reconhece-se a necessidade eminente de rever o processo de formação nos espaços acadêmicos, como também no cotidiano de trabalho. Por isso, atualmente tem-se iniciativas que colocam na agenda dos centros de formação e das instituições acadêmicas questões como a reorientação do ensino, a reorganização curricular, a revisão de modalidades de oferta de cursos, de práticas pedagógicas e de conteúdos.

Dentre as iniciativas existentes, salienta-se a Educação Permanente em Saúde, em que é conceituada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura (UNESCO) na década de setenta, a partir do princípio de que o homem se educa à vida inteira, atentando para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a

evolução das capacidades, motivações e aspirações e que as suas necessidades nem sempre são de caráter emergente (DELORS, 1999). Silva e Saupe (2000) também contribuem nessa discussão, pois mencionam que a educação permanente pode ser entendida como processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, em que tem a finalidade de aprimorar e fortalecer o conhecimento de pessoas e grupos, para enfrentarem a evolução tecnológica, as necessidades sociais e atenderem aos objetivos e metas da instituição a que pertencem.

A partir dessas ideias, reconhece-se a necessidade do desenvolvimento de um novo perfil dos trabalhadores da saúde, capacitado para prestar atenção integral à população, solucionar problemas com autonomia, tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações e intervir no processo de trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços de saúde (MENDES, 2007).

Na busca do novo perfil profissional, o Ministério da Saúde, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que agrega na agenda dos centros de formação e das instituições acadêmicas assuntos referentes a reorientação do ensino, a revisão de modalidades de oferta de cursos, de práticas pedagógicas, a reorganização curricular e dos conteúdos programados. Esta política de governo volta-se para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Sendo entendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abrangendo também a organização dos serviços (BRASIL, 2011).

Feliciano et al (2008) pontuam que a grande contribuição da educação permanente é a possibilidade de proporcionar o aprimoramento do senso crítico da equipe, bem como o fortalecimento do compromisso com os resultados esperados. Com isso, torna-se possível potencializar o processo de ação-reflexão-ação mediante a participação de toda a equipe nas definições relacionadas com a programação local e o monitoramento de sua execução.

Nessa direção, reconhece-se que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma metodologia que propõe a revisão das práticas em saúde. Entretanto, sabe-se que quando ocorre a institucionalização de um novo mecanismo, muitas possibilidades se apresentam, mas também inúmeros desafios. E um dos grandes

desafios é dar conta das constantes interrupções de projetos e programas muito presentes no setor que interfiram no planejamento de ações de médio e longo prazo. A adesão reduzida, alta mobilidade e rotatividade dos trabalhadores também seriam considerados elementos complicadores (MUROFUSE et al., 2009).

Além disso, tem-se o desafio de sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de tal dispositivo de modo a visualizar a necessidade e a importância para a transformação das práticas de saúde. Como apontam Montanha e Peduzzi (2010), a maioria dos profissionais ainda visualiza necessidades e mudanças que condizem com práticas que se refere a atividades de educação continuada e não de educação permanente, sendo esta última ainda pouco conhecida.

Frente as discussões teóricas traçadas, menciona-se a partir das palavras de Guimarães e Silva (2010) que rever a formação é pensar no desenvolvimento de competências específicas e gerenciais para a atuação profissional na área de saúde e também na capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular as práticas profissionais considerando a diversidade dos indivíduos e coletividades. Para isso, busca-se dar ênfase aos preceitos éticos, técnicos, políticos, ambientais e de gestão que revelem o respeito à diversidade e ao enfoque da Saúde Coletiva.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chega-se ao final desse trabalho ressaltando-se que o processo de formação dos profissionais de saúde para a gestão na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS constitui-se um desafio, uma vez que significa a ruptura do modelo hegemônico e tradicional de formação e implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho. A mudança na formação dos profissionais da saúde requer a atuação em coletivos que permitam superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade do ensino.

A melhoria na qualidade do ensino que se dirige a formação profissional para o campo da saúde à nível de graduação, de especialização, mestrado e doutorado tem

papel determinante. Num primeiro momento, quando adota metodologias participativas e insere o aluno de graduação no campo de práticas para, a partir da situação real, elaborar práticas de intervenções norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Muitas vezes, esses campos tem uma política organizacional e funcional em que as práticas são de caráter biológico, e portanto fragmentado, sem apoio institucional, com ausência de serviços de referência e contra –referência, e desprezo pela participação do usuário nas decisões sobre os serviços de saúde. Resignificar essa prática com o acadêmico buscando compreender suas causas, torna-se um desafio para muitos docentes. Num segundo momento, a universidade pode também por meio de cursos de especialização fomentar processos de discussão das práticas profissionais, fazendo com que os profissionais, resignifiquem sua forma de trabalhar, pensando se suas ações estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente na perspectiva da gestão. Isso porque, atualmente, ainda persiste certa contradição entre a formação e a organização dos serviços de saúde.

Além disso, os profissionais recém-formados, com um saber ancorado nos conceitos que sustentam a política do SUS, ao enfrentarem o processo de trabalho, deparam-se com uma realidade em que a organização dos serviços nos níveis locais e regionais, ainda baseiam-se no clientelismo, no assistencialismo e no modelo biologicista. Assim, para enfrentar tal situação, precisa-se de formação permanente que fomenta e sustenta transformações e mudanças nas práticas de cuidado e gerenciais em saúde.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, D et al. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, Supl.1, p.20-31, 2007.
- ARAÚJO, D; MIRANDA, M. C. G; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl. 1, p. 20-31, 2007.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. **LEI Nº 8.142**, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Profissional e Gestor**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto>. Acesso em: 24 mai. 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Comissão Intergestora Tripartite. Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/ndocumento%20base%20para%20a%20construção%20do%20pacto%20de%20gestão.pdf>>. Acesso em: 16 de outubro de 2012.
- BONETTI, O.P.; KRUSE, M.H.L. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 3, p. 371-379, 2004.
- CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **POLÍTICAS DE SAÚDE: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] CAPES: UAB, 2010.
- CECCIM, R.B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde/Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre (RS) 2002: Escola de Saúde Pública. v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.
- CECCIM R.B.; FEUERWERKER L. C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41- 65, 2004.
- DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; 1999.
- FELICIANO, K. V. de O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Recife. v.8 n.1, p. 45-53, 2008.

FERREIRA M.L.S. M.; COTTA R. M.M.; OLIVEIRA M.S. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n.2, p. 240–246, 2009.

FERNANDES LCL et al . Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica . **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14(Supl. 1), p. 1541-1552, 2009.

FILHO, A.A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.8, n.15, p. 375-80, mar/ago 2004.

JUNQUEIRA L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

GUIMARÃES, D.A.; SILVA, E.S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação e a educação para cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2551-2562, 2010

LUCHESE, P.T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p. 439-448, 2003.

LUZ, M.T. Saúde e instituições médicas no Brasil. *In*: LUZ, M.T. (Org). **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/LAPPIS: Abrasco, 2007. p. 17-40.

MACHADO et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MATTOS, R.A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC –ABRASCO; 2006. p.205-2

MELO M.L.C., NASCIMENTO M.A.A. Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Revista Bras Enferm**, v. 56, n.6, p. 674-677, 2003.

MENDES, C et al. Educação permanente para profissionais de saúde: mediação tecnológica e a emergência de valores e questões ética. **Revista eletrônica semestral de Enfermería Global**, n.10, 2007.

MERHY, E.E. Universalidade, equidade e acesso sim, mas não bastam, 1995. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf> Acessado em 20 de ago, 2012.

MONTANHA, D., PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

MUROFUSE, N. T.; et. al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 3, (on line), 2009.

NOGUEIRA R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS N. R.; AMARANTE P. D. C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, D.C et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.197-206, 2008.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1994. (AdSAÚDE– série temática, 1).

SAIPPA-OLIVEIRA, G; KOIFMAN, L; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdo, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R; CECCIM R.B; (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, p. 429-435, 2007.

SILVA, L.A.A.; SAUPE, R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 2, p. 478-84, 2000.

SILVA, K.L; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.4, p. 488-91, 2006.

SISSON, M.C. Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n (1 Supl. 1), p. 116-122; 2009.

SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Revista de Ciências Sociais**, n.44, p. 513-60, 2001.

VANDERLEI, M.I.G. ALMEIDA, C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 443-453, 2007.

VIÉREIA-DA-SILVA, et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

ZANOTTO, M.A.C; DE ROSE, T.M.S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**, v. 29, n.1, p. 45-54, 2003.

ANEXO

Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo

1.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados em fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

1.2 As partes dos artigos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo - nos idiomas: português, inglês e espanhol Autor(es) – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; Indicação da Categoria do artigo: Revisão Bibliográfica, Relato de Experiência e Artigo Reflexivo.

Página 2: Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave; Abstract e Key words. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta pagina apresenta-se o conteúdo do artigo precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: - introdução;

- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);

- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências seguindo ABNT.

e) Anexos, se necessário.

1.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

As ilustrações devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As abreviaturas, grandezas, símbolos: ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.