

CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL: A EXPERIÊNCIA DOS ESTAGIÁRIOS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA DENGUE DE PORTO ALEGRE (RS)

CONSTRUCTION OF A SPACE FOR PROFESSIONAL TRAINING: TRAINEES' EXPERIENCE DURING THE DENGUE FEVER CONTROL PROGRAM IN PORTO ALEGRE, SOUTHERN BRAZIL

Dóris Soares Blesmann¹, Roger dos Santos Rosa²

RESUMO

O setor de saúde tem absorvido progressivamente mais estudantes para compor seu quadro de recursos humanos como forma de adequar-se às crescentes demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva-se apresentar como algumas mudanças do setor de saúde têm impactado a formação profissional, exigindo articulações entre as esferas de gestão, de atenção à saúde, de ensino e de controle social. Para verificar como os estudantes estão percebendo sua inserção no SUS, foi realizada uma pesquisa com estagiários do Programa Municipal de Controle da Dengue da Prefeitura Municipal de Porto Alegre no ano de 2004. Utilizou-se a técnica de grupos focais para a discussão de quatro temas: processo saúde-doença, saúde pública, inserção no SUS e intersectorialidade. Os resultados demonstraram dificuldades na articulação entre trabalho e ensino e na inserção das práticas de estágio no SUS. As transformações decorrentes dessas constatações demandam mudanças na própria estruturação dos estágios.

Unitermos: Recursos humanos em saúde, desenvolvimento de recursos humanos, treinamento em serviço, ensino superior.

ABSTRACT

The health care sector has been absorbing a progressively increasing number of students as a way of fulfilling the needs of the Brazilian public health care system (SUS - Sistema Único de Saúde). The main goal of the present study is to show how some changes in the health sector affect professional development, demanding joint efforts from areas such as management, attention to health, education and social control. To assess how students perceive their insertion in the SUS, a research was carried out in 2004 with trainees from the Dengue Fever Control Program of the City of Porto Alegre, southern Brazil. The technique of focal groups was employed in the discussion of four issues: health-illness process, public health, insertion in the SUS and integration among different sectors. The results evidenced several difficulties in integrating work and education and establishing good training practices within SUS, thus, we conclude that changes must be considered in the in-service training structure.

Key words: Health manpower, staff development, in-service training, higher education.

¹ Especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS. E-mail: dorisbl@terra.com.br.

² Doutorando em Epidemiologia; Mestre em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Professor Assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. Correspondência: Prof. Roger dos Santos Rosa, Ramiro Barcelos, 2600/428, 90035-003, Porto Alegre, RS. Fone: (51) 3316-5245. Fax: (51) 3316-5327. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido atenção especial sobre a formação de recursos humanos, pois demanda profundas transformações tanto no campo da saúde quanto no da educação. Na visão predominante atual, a saúde vem sendo considerada de um ponto de vista biológico, tendo a doença como foco, o indivíduo como centro da atenção e a tecnologia como recurso dominante. Na educação, os modelos têm refletido a vinculação com a concepção tradicional, com prática pedagógica centrada no professor e na transmissão de conhecimentos por vezes desvinculados da realidade.

Ao contrário, os movimentos pela Reforma Sanitária Brasileira e por mudanças na formação de profissionais de saúde têm como paradigma a construção social da saúde que, para Feuerwerker & Lima (1), refere-se ao “fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, nas ações intersetoriais e na progressiva autonomia das pessoas e populações em relação à saúde”. Na área da educação, o novo modelo é fundamentado na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática e na participação ativa do estudante no seu aprendizado, segundo as autoras citadas.

Conforme Machado (2), a aquisição do diploma ou certificado profissional não corresponde mais à premissa de uma adequada qualidade dos serviços. A saúde é uma área de serviços essenciais, na qual é exigida de seus profissionais qualificação formal para atuarem, e a regulação da formação deverá estar associada às necessidades da população e ao modelo assistencial. É necessário que a acumulação do saber e a prática acadêmica sejam compartilhadas com o mundo real dos serviços, para que haja uma política direcionada às necessidades de profissionais e especialistas de saúde para o SUS. No modelo atual, a formação é direcionada aos conhecimentos específicos de cada área e não utiliza o processo de trabalho em saúde e a inserção das diferentes categorias profissionais como eixo integrador.

Para Feuerwerker & Marsiglia (3), a construção de um sistema de saúde público, universal e descentralizado exige o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional e a incorporação da causalidade social na explicação do processo saúde-doença e do cuidado-qualidade de vida. Ou seja, uma proposta diversa da formação centralizada na especialização, na qual questões como acolhimento aos usuários e humanização dos serviços não são discutidas, permanecendo a hospitalização como idéia central e uma visão autoritária da educação em saúde.

A construção de cenários favoráveis às mudanças, e para que essas sejam generalizadas, exige ações que não podem se limitar ao campo interno das instituições de ensino superior (1). Há fatores externos a elas que contribuem diretamente na organização das práticas profissionais, na conformação do perfil profissional e na orientação das linhas de investigação, interferindo nas possibilidades de mudanças. São necessárias ações estratégicas no plano de políticas amplas.

Este trabalho objetiva apresentar como algumas mudanças do setor de saúde têm impactado a formação profissional, exigindo articulações entre as esferas de gestão, de atenção à saúde, de ensino e de controle social. Serão apresentadas estratégias de mudanças, seguidas do percurso metodológico e dos resultados alcançados a partir da visão de estagiários do Programa Municipal de Controle da Dengue da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

AS ESTRATÉGIAS DE MUDANÇAS

Desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco para a introdução do SUS na Constituição Federal de 1988, alguns princípios em relação à política de recursos humanos estão sendo delimitados. Entre eles, a educação permanente e a formação dos profissionais de saúde, com adequação da educação à regionalização e à hierarquização do sistema de saúde (4).

A Lei nº 8080/90, que regulamentou o SUS, prevê a formulação e execução da política de recursos humanos para o SUS em todos os níveis de ensino pelas diferentes esferas de governo, o que gerou diversas formulações subsequentes (5).

Na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, a primeira após a criação do SUS na Constituição Federal, foram previstas, entre outras medidas em relação aos recursos humanos, a necessidade de assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos, em articulação com os órgãos formadores; a manutenção dos programas de residência médica, com ampliação de vagas e abrangência das demais categorias profissionais da área de saúde; e a regulamentação do Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal, que atribui ao SUS a incumbência de ordenar a formação de recursos humanos (4).

Essas questões avançaram na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, na qual, entre suas deliberações, consta a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS; a reestruturação dos programas de residência médica e estágios, com vistas à sua adequação às necessidades do SUS; o fortalecimento dos vínculos com universidades, com promoção de articula-

ções intersetoriais, visando capacitar para a atuação na atenção integral à saúde, individual e coletiva; a garantia de um intercâmbio entre as instituições de ensino e serviço, através da utilização das unidades e serviços do SUS como espaço privilegiado para a formação de trabalhadores em saúde, com a supervisão das duas (4).

Na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram aprovadas recomendações em relação à formação de profissionais, à regulação e ao papel da universidade. Entre elas, encontramos: garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela saúde de sua população; estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização de serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de atenção à saúde. Nessa conferência, foi reafirmada a deliberação da X Conferência quanto à revisão dos currículos mínimos, com a participação dos gestores e do Conselho Nacional de Saúde (4).

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de “currículo mínimo” pelo de “diretrizes curriculares” para as graduações dos cursos da área da saúde. Nas novas diretrizes curriculares, evidenciase que a saúde coletiva e os princípios do SUS são elementos fundamentais na articulação da política de educação superior com a política de gestão da saúde (6). Um importante avanço para a transformação do perfil profissional foi a homologação, pelo Ministério da Educação, das Diretrizes Curriculares para a Formação Médica, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação em outubro de 2001. Nessas diretrizes, o perfil profissional delineado é de um médico comprometido com a realidade social, que atue não só com competência técnica, mas também com ética e humanismo, e que utilize um modelo integral de assistência à saúde. A essas novas perspectivas curriculares, seguiram-se, inicialmente, as dos cursos de Enfermagem e Nutrição, estendendo-se, posteriormente, para os outros cursos da área da saúde (7).

Os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica para Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), aprovados em 2002 pelo Ministério da Saúde, prevêm, para as três esferas de gestão, o favorecimento para mudanças curriculares, com a inclusão de abertura de campos de estágio. Os convênios entre as instituições de ensino e os gestores devem construir em conjunto a metodologia pedagógica, focando o trabalho como eixo central da aprendizagem. Além disso, têm como responsabilidade preparar os trabalhadores dos serviços para receberem os estagiários, e os profissionais

do quadro com cursos de especialização e mestrado, entre outros, deverão ser aproveitados como formadores (8).

Em junho de 2003, entrou em vigor uma nova estrutura regimental básica no Ministério da Saúde, criando, entre outras, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o objetivo de realizar a gestão de educação para o SUS. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde definiu como um de seus desafios a construção dos novos paradigmas para a atuação em saúde, contemplando a integralidade da atenção, a intersetorialidade e a atuação em equipe de saúde. A gestão federal do SUS prevê a necessidade de aproximação ensino-gestão-control social-serviço (9). Entre os projetos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, está o Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS/BRASIL). É uma das estratégias do Ministério da Saúde e do movimento estudantil para promover a vivência dos estudantes universitários da área da saúde na realidade da organização dos serviços de saúde.

O VER-SUS está sendo construído a partir da constatação de que a formação acadêmica destes estudantes não contempla esta perspectiva do SUS, pois os estágios profissionais restringem-se às áreas próprias de cada profissão e são centrados na assistência e na rede de serviços. Após a graduação, os profissionais atuam num complexo sistema de serviços de saúde sem terem tido a vivência e o conhecimento de sua organização e funcionamento (10). Este projeto foi desenvolvido no Rio Grande do Sul em 2002, através do VER-SUS/RS, e foi uma das primeiras iniciativas que introduziu a questão da vivência-estágio como política de recursos humanos para a implementação do SUS (6).

Em setembro de 2003, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde a instituição da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, instituídos em fevereiro de 2004 pelo Ministério da Saúde, são considerados a maior estratégia para a implementação da política de formação e desenvolvimento do trabalho no SUS. Os pólos deveriam constituir-se em núcleos de articulação entre gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social e representação estudantil, tendo como função principal proporcionar um amplo debate dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação dos trabalhadores e demais atores sociais da saúde.

Entre as linhas de apoio aos projetos dos pólos, está prevista para a área de graduação em saúde a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que tor-

nem possíveis a problematização da realidade como estímulo para a aprendizagem, a diversificação dos cenários de práticas a partir do início dos cursos e o trabalho em equipe multidisciplinar, garantindo integralidade e continuidade da atenção, além de produzir conhecimentos relevantes para o SUS (9).

A XII Conferência Nacional de Saúde (11), em dezembro de 2003, reafirmou a necessidade de formação dos profissionais de saúde, apontando que a expansão do Programa de Saúde da Família tem evidenciado um estrangulamento na consolidação do SUS, principalmente em relação à atenção básica, ao trabalho em equipes transdisciplinares e às ações intersetoriais, não garantindo a atenção integral à saúde qualificada e resolutiva (12).

É no município que a maior parte das ações de saúde se concretizam e se inserem docentes e estudantes na prática de ensino-aprendizagem, de acordo com a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS (9).

Se o conceito-chave da educação permanente em saúde, e que lhe dá existência, é a articulação entre educação e trabalho, entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, o município é o lugar-sede da concretização deste ato político. Por essa razão, os municípios devem cumprir um papel fundamental na mudança da formação profissional e um papel ativo na identificação de necessidades de formação e desenvolvimento (conteúdo e metodologias) e na formulação de demandas para a produção e disseminação de conhecimento.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada com abordagem metodológica qualitativa. A amostra foi composta por 19 estudantes do curso de Biologia e um do curso de Medicina Veterinária que realizaram estágio, em 2004, no Programa Municipal de Controle da Dengue, do Núcleo de Controle de Roedores e Vetores da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O número total de estudantes universitários vinculados ao programa era de 78 no período de maio a junho de 2004, oriundos de todas as faculdades ou universidades de Porto Alegre e região metropolitana que possuem o curso de Ciências Biológicas, tanto licenciatura como bacharelado, e de uma universidade da região metropolitana que oferece o curso de Medicina Veterinária.

O Programa Municipal de Controle da Dengue, da Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal

de Porto Alegre, ao contrário dos outros programas do país, trabalha com estagiários de curso de nível superior como agentes de saúde.

A coleta dos dados foi realizada por meio de grupos focais, com análise de quatro temas: processo saúde-doença, saúde pública, inserção das atividades do estágio no SUS e relações com as outras ações e serviços da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foram criados três grupos, cujos componentes possuíam três períodos de desenvolvimento do estágio: até 6 meses, de 6 meses a 1 ano e meio e a partir de 1 ano e meio. Era esperado que estudantes em diferentes etapas do estágio apresentassem diferentes concepções sobre os temas abordados, conforme as práticas de estágio e capacitações realizadas, o que não ocorreu. Dessa forma, não indicamos na discussão dos resultados esse dado.

Os encontros foram agendados junto à coordenação do Programa Municipal de Controle da Dengue nos meses de maio e junho de 2004 e realizados nas dependências da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde.

Por fim, este artigo se constitui em versão reduzida de trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública, do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os campos de estágio no SUS visam a formação de recursos humanos capazes de adquirir uma adequada interpretação do processo saúde-doença e cuidado-qualidade de vida, compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, ter competência para o planejamento e a gestão de processos, realizar avaliação dos sistemas e serviços, além de identificar os recursos mais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas.

Ao ingressar nos estágios, a maioria dos estudantes conhece a realidade de uma maneira bem diversa da universidade, em seu sistema acadêmico, o que tende a provocar aprendizagens inovadoras, mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento (6). Essa realidade, diversa daquela conhecida pelos estudantes, provoca um novo nível de exigências de aprendizado quando é confrontada com a realidade da universidade.

Ao refletirmos sobre essa dicotomia entre serviços de saúde e universidade, deparamo-nos, durante a pesquisa, com o desconhecimento pelos estudantes do que é saúde pública, na maioria das vezes percebida como de responsabilidade do poder público, por meio da assis-

tência através de unidades de saúde e hospitais, apesar do conceito de saúde ambiental ser um dos eixos conceituais no campo de estágio. A universidade sofreu críticas por não contemplar a saúde pública no currículo, apesar de o estágio abrir novos cenários de aprendizagem.

Os estudantes expressaram críticas à visão hegemônica atual, em que o paradigma da saúde é biologista, tendo a doença como foco e a assistência centrada no indivíduo. Ao focarem nas dimensões da realidade quais os fatores que condicionam o processo saúde-doença, indicaram aqueles relacionados ao meio ambiente e à falta de campanhas educativas adequadas por parte do poder público. As práticas adequadas de higiene e os hábitos considerados saudáveis, principalmente relacionados à alimentação e à assepsia, apareceram como cuidados em relação ao ambiente. Como no modelo higienista, o enfoque da promoção da saúde aparece ligado a comportamentos individuais. A causalidade social, apesar de apontada, não aparece como relacionada à falta de promoção, para a maioria. As condições socioambientais e culturais foram apontadas por alguns estudantes, que citaram também a educação como básica para uma melhor qualidade de vida, mas também como um comportamento individual, desarticulado de outras políticas públicas.

Para Ceccim & Armani (13), a compreensão do processo saúde-doença e cuidado-qualidade de vida constitui um dos desafios mais importantes na formação de recursos humanos pelo SUS. Ao não se fazer mais promoção da saúde com imposição de medidas higienistas sobre indivíduos, grupos e populações, ela se realiza com colaborações e alianças, na aprendizagem de cuidados e com o potencial inventivo de cada indivíduo.

Para os estudantes, as concepções do processo saúde-doença, apesar de associadas a fatores do meio e não só biológicos, aparecem fragmentadas e desvinculadas das condições condicionantes, reduzindo o cuidado com a saúde à assistência por parte do poder público ou a hábitos e atitudes individuais.

A especificidade do conhecimento do biólogo é apontada como enriquecedora no entendimento dos fatores que levam ao adoecimento, ao apontarem o meio ambiente como um dos condicionantes. No entanto, muitos estudantes não conseguiram perceber qual o papel da vigilância da saúde no SUS, por associarem o sistema à assistência.

Do mesmo modo, as ações intersetoriais foram percebidas como intervenções focais de diferentes órgãos do poder público, mas não como políticas integradas em relação ao meio ambiente. A intersetorialidade foi percebida como presente no discurso e ausente na

prática, mas não houve reflexão sobre as dificuldades de implementação de políticas de desenho intersetorial, o que muitas vezes ocorre por barreiras burocráticas e corporativas, por resistência a transferências de recursos humanos, financeiros e técnicos (14). As políticas públicas estão organizadas por setores com objetivos próprios, mas complementares entre si. É necessário que o processo de diferenciação das ações nos setores se transforme num processo de integração, para que as ocorrências sejam compreendidas na sua totalidade. É na intervenção comum que o modelo explicativo é construído e ensinará novas demandas (9).

Para Feuerwerker & Lima (1), é importante redefinir e ampliar o espaço de interação entre universidades e serviços de saúde, de modo a inserir a questão da formação profissional na agenda das diferentes instâncias do SUS e a Reforma Sanitária na agenda das escolas, mas é fundamental uma política nacional e regional, para facilitar e estimular esse processo de integração. De outro lado, evidencia-se a necessidade de que também os profissionais e serviços do SUS redefinam suas estruturas e práticas, para que favoreçam a formação de novos recursos humanos.

O trabalho em saúde, conforme Offe (apud 15), possui algumas especificidades, caracterizando-se pelas incertezas oriundas da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento a todos os casos. Para Deluiz (15), as características do processo de trabalho em saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade decorre, entre outras causas, da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários e das condições e formas de organização do trabalho. A heterogeneidade aparece na diversidade dos processos de trabalho, que têm, muitas vezes, uma organização própria e sem articulações entre si. A fragmentação pode ser técnica, conceitual e social, ou seja, apresentando dicotomia entre pensar e fazer, presença de profissionais cada vez mais especializados e estabelecimento de relações rígidas de hierarquia. Essas características conduzem a práticas repetitivas e acríticas, descontextualizadas da realidade e sem comprometimento ético com a saúde da população.

Além disso, a estrutura corporativa e tradicional das categorias profissionais implica em um frágil processo de diálogo entre as partes (16). Não apenas reforça as práticas inerentes de cada profissão, como também conduz à reprodução do modelo hegemônico de saúde.

Essas reflexões, principalmente em relação à estruturação do estágio, sem articulação com outros serviços e com a universidade, foram importantes para a equipe repensar o estágio, que reproduzia a fragmentação do trabalho em saúde que ainda encontramos nas

equipes do SUS. A reformulação das práticas de estágio, que passaram a ser inseridas em alguns Programas de Saúde da Família, a inserção e as capacitações contemplando não apenas as questões teóricas e técnicas, mas também a gestão e estruturação do SUS, com o entendimento do papel do controle social, e a articulação com as universidades, através da discussão e participação em eventos promovidos pelas mesmas, constituíram um primeiro movimento para que a formação profissional se tornasse mais adequada às necessidades de recursos humanos para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos saberes e práticas das diferentes áreas de conhecimento dos profissionais que atuam no SUS, deparamo-nos com processos de trabalho fragmentados e desconectados da realidade. Os resultados da pesquisa apontam para a reprodução dessas concepções e práticas no campo de estágio pesquisado.

A pesquisa sinaliza que, também, a falta de compreensão dos estudantes sobre a estrutura e a gestão do SUS faz com que as ações no estágio apareçam descontextualizadas. Na verdade, reproduzem as práticas ainda existentes de compartimentalização de saberes e corporativismo dos profissionais que atuam no SUS.

As diretrizes curriculares para os cursos de Ciências Biológicas, apesar de descreverem um perfil profissional aberto a novas áreas de conhecimento, não contemplam a área de saúde, e a formação profissional dos estudantes pesquisados reflete essa realidade, pois é no campo de estágio que se deparam com a complexidade da gestão e das demandas da área da saúde.

Há falta de conhecimento e compreensão sobre a Reforma Sanitária Brasileira para a contextualização histórica das práticas ainda vigentes e do processo de construção das concepções do SUS, incluindo o controle social, que não foi referido por nenhum grupo, provavelmente por nenhum possuir conhecimento sobre o modelo de gestão.

É necessário focar o trabalho como eixo do aprendizado, e este deve nortear-se pelos princípios e diretrizes do SUS, apontando para o fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, das autonomias individual e coletiva, através de equipes multidisciplinares e ações intersetoriais.

São necessárias, também, articulações com as instituições de ensino, não só para integração da gestão dos programas de estágio, mas para que se possa fortalecer a atuação conjunta entre serviços e academia. Desta forma, as universidades poderão colaborar mais intensamente nas demandas de formação necessárias para

o SUS, respeitando as diferenças regionais e locais. Finalmente, articulações com o próprio Movimento Estudantil poderão compor a base para o início de uma mudança integradora.

REFERÊNCIAS

1. Feuerwerker L, Lima V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Machado MH. Gestão pública e ética no trabalho. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Feuerwerker L, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de recursos humanos com base nas experiências IDA/UNI. *Divulg Saude Debate* 1996;12:24-8.
4. Ceccim R, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2002;7(2):373-83.
5. Brasil. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990. Pp. 18:055-9.
6. Ceccim R, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg Saude Debate* 2001;23:30-56.
7. Stella RCR. Estratégias de mudança na formação de profissionais de saúde e mecanismos de sustentação: a formação médica. *Olho Mágico* 2002;9(1):19-20.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde, pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto Ver-Sus Brasil. Brasília, 2003.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional

- de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
12. Brasil. Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos. In: XII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.12conferencia.com.br/inc/library/1,8.doc>. Acessado em 30 de abril de 2004.
13. Ceccim R. Inovação na preparação de profissionais de saúde e na novidade da graduação em saúde coletiva. Bol Saude 2002;16(1):9-36.
14. Vianna ALD. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. Rev Adm Publica 1998;32(2):23-33.
15. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil, Ministério da Saúde. Seminário sobre certificação de competências para a área de saúde: os desafios do PROFAE. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Machado MH. As profissões e o SUS - arenas conflitivas. Divulg Saude Debate 1996;14:44-7.