

# Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização

## Interministerial structuring actions for reorientation of Primary Health Care: convergence between education and humanization

Fabiane Ferraz\*

Carine Vendruscolo\*\*

Maria Elisabeth Kleba\*\*\*

Marta Lenise do Prado\*\*\*\*

Kenya Schmidt Reibnitz\*\*\*\*\*

482

### Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem entre suas prerrogativas ordenar a formação de recursos humanos na saúde. Buscando atender esse compromisso, os Ministérios da Saúde e Educação apresentam “ações estruturantes interministeriais” que favorecem a reorientação das práticas profissionais, por meio de estratégias de formação e valorização dos profissionais da saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Entre as iniciativas, destacamos: o Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde, o Programa de educação pelo trabalho para a saúde, a Universidade Aberta do SUS e o Telessaúde Brasil. O presente trabalho propõe uma reflexão sobre a importância da inter-relação entre os princípios teórico-metodológicos das Políticas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização para a estruturação das propostas referentes às ações interministeriais e sua contribuição no preparo de profissionais para efetivar a Atenção Básica à Saúde (ABS) com vistas à promoção da saúde. Para tanto, refletimos sobre as origens e desenvolvimento da formação e humanização, pautadas pela compreensão de que os sujeitos envolvidos devem mobilizar mudanças no e para o processo de trabalho, as quais promovam a reestruturação curricular a fim de efetivar aproximações entre ensino e serviço. Concluímos que os dispositivos interministeriais são estratégias que estimulam a participação de gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino, na promoção de mudanças que podem repercutir na consolidação do sistema público de saúde integral, humanizado e resolutivo, porém salientamos a necessidade de transformações no setor social e político, para essa efetivação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada. Educação Profissional em Saúde Pública. Humanização da Assistência. Sistema Único de Saúde.

\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (EDEN/PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em Estágio Pós-Doutoral junto ao EDEN/PEN/UFSC (2011-2012). Criciúma-SC, Brasil. E-mail: olaFerraz@gmail.com

\*\* Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC). Articuladora da CIES Extremo Oeste II de Santa Catarina. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (*Campus* Chapecó). Chapecó-SC, Brasil. E-mail: carineven@yahoo.com.br

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Filosofia. Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais da Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Líder do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Participação Social da UNOCHAPECÓ. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC. Realizou estágio pós-doutoral junto ao EDEN/PEN/UFSC (2011-2012) com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Chapecó-SC, Brasil. E-mail: lkleba@unochapeco.edu.br

\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-Líder do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D do CNPq. Florianópolis-SC, Brasil. E-mail: mpradop@ccs.ufsc.br

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisas EDEN/PEN/UFSC. Florianópolis-SC, Brasil. E-mail: kenya@ccs.ufsc.br

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

## Abstract

The Unified Health System (UHS) has among its prerogatives the organization of ways for training human resources for health. To meet this commitment, the Ministries of Health and Education have “structural inter actions” to promote the reorientation of professional practices through training and development strategies of health professionals in line with the UHS principles and guidelines. Among the initiatives we highlight: the National program of reorientation of professional training in health, the in-service Educational program for health, UHS Open University and Telessaude Brazil (distance health assistance). This paper proposes a reflection on the importance of the interrelationship between the theoretical and methodological principles of the Education Policy for Permanent Education in Health and Humanization as a way for structuring proposals relating to the aforementioned interministerial actions and their contribution in the preparation of professionals to carry out the Primary Health Care (PHC) in order to promote health. For this, we reflect on the origins and development of training and humanization, guided by the understanding that the actors must mobilize changes in and for the work process which promote the restructuring of the curriculum in order to produce similarities between teaching and service. We conclude that interministerial devices are strategies that encourage the participation of managers, employees, users and teaching institutions for promoting changes that may impact on the consolidation of an integral, humanized and effective public health system, but emphasize the need for changes in the social and political sectors for this to be effective.

**Keywords:** Primary Health Care. Education, Continuing. Education, Public Health Professional. Humanization of Assistance. Unified Health System.

## APRESENTAÇÃO DO TEMA

Fortalecer a Atenção Básica à Saúde (ABS), também referida como Atenção Primária à Saúde (APS), é condição essencial para efetivação de mudanças no modelo de atenção à saúde a fim de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Para tanto, os Ministérios da Educação e da Saúde promovem iniciativas voltadas à “reorientação da formação dos profissionais”, tendo como prerrogativas os aspectos teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Humanização (PNH), aprovadas e instituídas como políticas públicas no País nos anos de 2003/2004.

Mesmo com todos os avanços registrados no período histórico de desenvolvimento do SUS, ao discutirmos a formação e o desenvolvimento dos profissionais para a área da saúde, ainda percebemos um consenso entre os críticos da área de educação na saúde quanto à hegemonia do modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica. Nesse sentido, torna-se necessário manter o debate sobre a importância de realizar processos de ensino-aprendizagem que problematizem de forma crítica as práticas que reduzem os processos de saúde-doença à sua dimensão biológica, os quais ainda se concretizam por meio de ações centradas na doença, obedecendo a protocolos de medidas terapêuticas biologicistas e médico

centrado, em detrimento da integralidade e humanização do cuidado<sup>1,2</sup>.

A fim de alcançar os objetivos que propõem mudanças no paradigma hegemônico, com vistas à reorganização dos modelos de atenção e das práticas de saúde, sobretudo em relação às políticas que estruturam o SUS, propomos a reflexão sobre as políticas, os projetos, os métodos e os propósitos que estão fundamentados na promoção da saúde, na integralidade e na humanização da assistência, os quais deveriam orientar o processo formal de ensino e a educação permanente em saúde dos sujeitos sociais do quadrilátero da formação<sup>3</sup> envolvidos com a efetivação do SUS. Corroboramos com autores ao referir que a partir de tais elementos será possível concretizar o desafio de transformar os cenários de produção do cuidado como cenários de produção pedagógica, provocando mudanças nos sujeitos e, conseqüentemente, na formação dos profissionais e no SUS<sup>3,4</sup>.

A Constituição Federal de 1988, por meio do inciso III do art. 200, define que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. A Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 1990, determina que as políticas para os trabalhadores da saúde deverão ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal<sup>5</sup>. Ao resgatar a tarefa

constitucional e partindo do pressuposto de que a responsabilidade pela saúde transcende esse setor e à atenção à doença – o que implica a (co) responsabilização de outras instituições e sujeitos sociais –, a educação, como um importante setor no campo das políticas públicas, passa a discutir o processo de ensino-aprendizagem orientado para a formação dos profissionais da saúde, sendo indispensável considerar entre seus pressupostos as diretrizes da PNH<sup>6,7</sup> como prerrogativas para esse fim.

O movimento de discussão nessa área ocorreu à medida que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e, mais especificamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apostaram na proposição de currículos para a área da saúde que contemplem um perfil acadêmico e profissional alicerçado em competências, habilidades e conteúdos voltados ao modelo de atenção proposto pelo SUS. Esses atributos deveriam possibilitar aos estudantes da área da saúde enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho, direcionando a formação ao sistema de saúde vigente no Brasil<sup>8</sup>.

Visto a dificuldade de efetivação de tais propósitos, o Ministério da Saúde (MS) vem construindo e coordenando a implementação de políticas que envolvem o ensino formal e a Educação Permanente em Saúde (EPS) pautadas em ações favoráveis ao preparo e desenvolvimento de potenciais humanos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com as necessidades reais da população, buscando considerar os pressupostos da humanização. Para tanto, entre as estratégias está a aproximação com o Ministério da Educação (MEC), com o qual foram propostos dispositivos que compõem o arcabouço de “ações estruturantes interministeriais” para a reordenação da formação na área da saúde, com vistas à integração educação-trabalho em saúde, dentre as quais destacamos: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Telessaúde Brasil, entre outros<sup>9,10</sup>.

No intuito de dialogar sobre tais estratégias e considerando que as funções de ordenamento, controle e avaliação pertencem ao Estado, so-

bretudo ao setor saúde em âmbito municipal<sup>2</sup>, o presente trabalho tem por *objetivo* promover a reflexão sobre a importância da inter-relação entre os princípios teórico-metodológicos das políticas de educação permanente em saúde e de humanização, na estruturação das propostas referentes às ações interministeriais e sua contribuição no preparo de profissionais para efetivar a Atenção Básica à Saúde, orientada à promoção da saúde.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO: CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS QUE CONVERGEM PARA EFETIVAÇÃO DO SUS**

Em 2003, o Ministério da Saúde sofreu uma mudança estrutural, com a qual foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que é responsável pela elaboração das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho em saúde no Brasil. A SGTES está organizada em dois departamentos: o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES) – responsável, entre outras políticas, pela PNEPS; e o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que, articulado à Secretaria de Atenção à Saúde, é responsável pela divulgação da PNH. Desse modo, tais departamentos oferecem apoio técnico e financeiro para ações que potencializam a integração entre educação e trabalho<sup>9</sup>.

O princípio teórico-metodológico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde brasileira traz uma diferenciação conceitual entre educação continuada e educação permanente em saúde. A *educação continuada* tem como pressuposto pedagógico o conhecimento para definir as práticas; como objetivo, a atualização de conhecimentos específicos; percebe como público-alvo os profissionais em suas especificidades, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados; a operacionalização é descendente, acontece a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. As atividades educativas são pontuais e fragmentadas, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social<sup>11,12,13</sup>.

De outro lado, a *educação permanente em saúde* segue os pressupostos pedagógicos apresentados pela OPAS/OMS, ainda na década de 1980<sup>5</sup>, pois parte das práticas definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros. A aprendizagem significativa requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos sociais envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas, promovendo mudanças no processo de trabalho. O objetivo principal é a transformação real das práticas, o público-alvo são as equipes de atenção e de gestão multiprofissional e interdisciplinar em qualquer esfera do sistema, incluindo os usuários enquanto controle social. As atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes de saúde. Identificam-se os “nós críticos” que devem ser enfrentados na atenção ou na gestão, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas<sup>11,12,13,14</sup>.

Na PNEPS, a “educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais em ação na rede de serviço” (p. 9)<sup>12</sup>. Desse modo, o conceito de EPS foi adotado para dimensionar a tarefa da ampla aproximação entre formação, gestão, atenção e participação social em área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde, educação popular e educação formal, sendo que, nessa lógica, a educação proposta para saúde, busca mobilizar ações a partir de referenciais construtivistas e de ensino-aprendizagem<sup>3,4,14</sup>.

A Educação Permanente em Saúde possui como princípio pedagógico o processo educativo crítico e reflexivo, que coloca em análise o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde, visto que a proposta combate o modelo hegemônico de saúde e deveria se estruturar a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir

espaços coletivos para a reflexão e a avaliação das ações produzidas no cotidiano do trabalho. Logo, “em comum com o movimento da reforma sanitária brasileira, o movimento de mudanças na formação tem o compromisso ético-político com a saúde da população brasileira e com os princípios do SUS” (p. 3)<sup>15</sup>.

A PNEPS, voltada para a formação dos profissionais da saúde e mudança dos serviços a partir da lógica da clínica ampliada e da integralidade, proporciona espaços para a discussão de temas que geram

autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade / afecção) (...) ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta (p. 161-2)<sup>14</sup>.

Isso possibilita a EPS configurar-se como um eixo inovador para o real desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, pois se trata de uma política de educação dos estudantes, gestores, usuários e trabalhadores da saúde em sintonia com a democracia e a mudança das práticas de saúde.

Nesse mesmo sentido, também operam os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização. Como política pública, a PNH estrutura-se a partir dos princípios da inseparabilidade entre clínica e política, ou seja, a indissociação entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; da transversalidade, compreendida como melhoria na comunicação e na acessibilidade nos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde; e, do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos<sup>1,6,7,16</sup>.

Para a PNH, esses princípios também se operacionalizam colocando-se em análise os serviços, por meio dos sujeitos que o compõem, de forma participativa, ascendente e democrática,

o que fundamenta seus modos de constituição e seus diferentes modos de ser e de agir no SUS. Com isso, destina-se à instituição outras formas de agir em saúde, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças nos modos de atenção, as quais consideram a defesa da vida uma prerrogativa ético-política indispensável, apoiada em valores como a produção de autonomia e o protagonismo dos sujeitos que constroem o SUS<sup>17</sup>. Ou seja, o movimento a que se propõe a PNH é também o da “mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica” (p. 604)<sup>7</sup>.

Desse modo, a condução dos processos de PNH se expressa por meio do “método da inclusão” de gestores, usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde (gestão compartilhada) e, porque não ousar dizer, do envolvimento das instituições de ensino (docentes e discentes) quando essas estão adstritas à região de abrangências das unidades que compõem a ABS.

Se não mobilizarmos tais participantes nos processos de efetivação da PNH, como os futuros profissionais poderão defender as práticas estruturadas sobre tais princípios e diretrizes? É importante destacar que “a humanização, tal como nos apresenta a PNH, efetiva-se nas e a partir das práticas em saúde, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia a dia dos serviços de saúde” (p. 605)<sup>7</sup>, sendo importante que se estabeleça um exercício para essas ações também nos processos formais de ensino.

A inclusão é considerada o pressuposto metodológico da PNH, sendo que estudiosos<sup>6,17</sup> da área referem que a política configura-se a partir do “método da tríplice inclusão”: a) inclusão de todos os sujeitos nos arranjos, para produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, sendo implementado por meio de “rodas”; b) inclusão de coletivos, redes, movimentos sociais e experiência singular dos trabalhadores de saúde nos trabalhos em grupo, realizada por meio do fortalecimento das redes; c) inclusão de analistas sociais, ou inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e potencializando os proces-

sos de mudanças, por meio da análise coletiva dos conflitos<sup>6,16</sup>.

As diretrizes da PNH se efetivam por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho e do trabalhador, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, o fomento a grupalidades, coletivos e redes e a construção da “memória” do SUS como um sistema eficiente<sup>7,16,17</sup>. Os dispositivos promovem arranjos nos processos de trabalho seguindo as diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: o acolhimento com classificação de risco; a formação e atuação do colegiado gestor, com contrato de gestão; a possibilidade de visita aberta e direta para acompanhantes; a formação de equipe multiprofissional de referência e apoio matricial; a organização de diferentes ações de educação permanente em saúde, entre elas o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); a elaboração e implementação de projetos cogерidos de ambiência; os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, proposta de gerência de porta aberta, estruturação de ouvidorias; Grupos de trabalho e Câmara Técnica de humanização, entre outros. Percebe-se que a PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles para disparar processos de mudança na realidade dos serviços<sup>1,6,7,16</sup>, constituindo-se em um importante aspecto de convergência com os propósitos da PNEPS.

Porém, para efetivar as mudanças, é necessário definir estratégias, como: a) identificar e convocar os sujeitos sociais que militam pelo SUS, logo, defendem os referenciais teórico-metodológicos da PNEPS e PNH, para discutir e propor mecanismos que possibilitem a efetivação das referidas políticas; b) analisar as diferentes variáveis que configuram todo o processo de trabalho, possibilitando a identificação de “nós críticos” e potencialidades de mudanças nos modos de ser e de fazer dos serviços; c) ajudar a disparar esses movimentos e assumir suas consequências, ou seja, exercitar o efetivo “apoio institucional”<sup>17</sup>.

O apoio institucional para a PNH instaura

uma relação dinâmica entre o apoiador e a equipe apoiada. A função do apoiador é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde – gestores, usuários e trabalhadores – discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão organizados; potencializando os que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde; mobilizando os grupos na análise, definição de tarefas e elaboração de projetos de intervenção; combatendo qualquer relação de “tutela” ou “deslegitimação do outro”<sup>7,17</sup>. Essas premissas não devem ser “deturpadas” por processos de escolha político-partidária de tais apoiadores. Esses sujeitos devem ser escolhidos pela habilidade e competências em mobilizar coletivos e trabalhar com metodologias problematizadoras da realidade, entre outras características técnicas para assumir tal função.

## REDIRECIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE A PARTIR DAS AÇÕES ESTRUTURANTES INTERMINISTERIAIS

Revisitando a história da educação brasileira, desde o início no século XX, percebe-se a escola como uma conquista social, mas, ao mesmo tempo, como uma ferramenta do Estado para o “progresso”, por meio de estratégias disciplinares e de controle. Na década de 50, ocorreu uma mudança paradigmática significativa nas ciências sociais e na educação. As teorias críticas trazem importantes subsídios à transformação das concepções sobre os fenômenos sociais, ao reconhecer o papel da subjetividade, da política e da cultura na construção da realidade. Na década de 70, diferentes tendências que norteiam a organização curricular na educação apontaram para a construção da autonomia dos sujeitos e grupos sociais e para a superação da antiga estrutura. A ideia de sujeito autônomo se desenvolveu a partir da constituição de um paradigma educativo de emancipação, com forte ascendência das pedagogias libertadoras<sup>18</sup>.

Ao final da década de 70, o quadro político no Brasil visualizou o surgimento de movimentos contra a ditadura militar. Na área da saúde, se evidenciou um movimento contra-hegemônico

ao modelo flexneriano e ao complexo médico-industrial, sendo que esse pensamento de oposição foi simbolizado pelo chamado Movimento pela Reforma Sanitária<sup>18</sup>. As propostas formuladas a partir desse movimento foram defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição Federal de 1988, servindo como base de orientação na criação do SUS<sup>19</sup>.

Em 1994, a fim de consolidar a ABS, garantindo maior efetividade e eficácia dos serviços de saúde, o MS lança o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente organizado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desde sua implantação, um dos aspectos mais críticos da ESF vem sendo a escassez de pessoal preparado para atuar nesse nível de atenção. Essencialmente, a exigência da ESF é que os profissionais passem a atuar na ABS, na perspectiva da vigilância à saúde, como proposta de reorientação do modelo de assistência seguindo pressupostos da promoção da saúde. Ao mesmo tempo, defende-se a substituição da lógica do atendimento “por demanda” para a lógica de “oferta de serviços”, centrada em princípios de territorialidade e adscrição dos usuários do sistema<sup>18,19,20</sup>.

Nesse sentido, a formação de pessoas para essa nova lógica de atuar em saúde vem requerendo transformações significativas, para as quais o MS tem assumido papel fundamental. Em 2001, o Movimento Sanitário, articulado a partir de entidades como a Rede Unida, a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), articulou, junto aos Ministérios da Saúde e da Educação, a homologação da nova lei de Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da saúde de modo a atender as prerrogativas do SUS<sup>18</sup>.

Entre os anos de 2003/2004 foram aprovadas e instituídas a PNEPS e a PNH, que, conforme o referencial teórico-metodológico anteriormente exposto, se estruturam como um arcabouço teórico-metodológico para o desenvolvimento de diferentes “ações estruturantes de reorientação da formação e gestão em saúde”, mobilizando e fortalecendo as iniciativas formais de ensino na saúde e os processos de gestão seguindo as prerrogativas do SUS. A aproximação entre o mundo do trabalho e o mundo da escola, fortalecida pela

compreensão e inclusão dos sujeitos no e para o processo de trabalho, de gestão e da realidade social, fomenta os sujeitos “envolvidos, a sair da acomodação e da atitude contemplativa, possibilitando experiências de aprendizagem em grupos multiprofissionais e ao exercício da interdisciplinaridade” (p. 32)<sup>21</sup>.

O enfoque interdisciplinar requer das referidas políticas a revitalização de conteúdos e práticas, por meio de experiências vivenciadas, que ultrapassam o domínio técnico e científico específico de cada profissão, promovendo competências para o cuidado clínico individual, familiar e coletivo; testando tecnologias e métodos que favoreçam a discussão no exercício democrático, a partir de “rodas”; e possibilitado o exercício de habilidades de planejamento, compreensão de informações epidemiológicas, gerenciamento compartilhado dos serviços e relações entre usuários, profissionais e gestores<sup>22</sup>. Dessa maneira, tanto a PNEPS quanto a PNH são importantes ferramentas de gestão que acompanham os avanços do conhecimento e favorecem a proposição de soluções viáveis aos problemas de saúde que constituem o cotidiano da ABS.

A aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que ocorreu por meio da Portaria Interministerial n. 2.118/05, a qual estabelece cooperação técnica entre os ministérios na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, resultou em ações articuladoras das políticas de educação e de saúde intersetorialmente, com o objetivo de promover a formação de profissionais preparados para a atenção à saúde de qualidade, resolutiva e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. A partir dessa data, as discussões e decisões relativas ao processo formativo dos profissionais de saúde passaram a ser realizadas de modo articulado, por meio da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, ligada a DEGES<sup>20</sup>.

Atualmente, as coordenações sob responsabilidade do DEGES atuam nas áreas de educação superior e técnica. A Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde é responsável pelo aperfeiçoamento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde de nível superior. Para tanto, coordena e monitora ações e programas, como o Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), a Revalidação de Diplomas Médicos, a Residência Multiprofissional em Saúde, a Residência Médica e Pró-Internato, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outros. A Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde desenvolve suas atividades junto à formação de nível técnico, sendo que coordena e monitora ações e programas, como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps), Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), entre outros<sup>9</sup>.

Para esse momento, optamos em analisar algumas “ações estruturantes interministeriais” lançadas pela SGTES em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC, sendo elas: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde Brasil, como propostas que congregam o arcabouço teórico-metodológico das PNEPS e PNH.

O Pró-Saúde considera as DCN para as profissões na área da saúde, incentivando os setores Educação e Saúde a investirem na formação de profissionais hábeis para atuarem no SUS. O programa advém da experiência do Programa de Reorientação da Formação em Medicina (Promed). O primeiro edital do Pró-Saúde foi aberto em novembro de 2005 e selecionou propostas de adesão dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC n. 3.019/2007, o programa foi ampliado para cursos de 14 profissões reconhecidas pelo MEC como integrantes da área da saúde<sup>20,23</sup>.

Os principais objetivos do Pró-Saúde são: reorientar a formação dos profissionais contemplados pelo programa para atender às reais necessidades da população; estabelecer cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de graduação com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como ao atendimento das demandas pertinentes à Educação Permanente em Saúde; incorporar a abordagem integral na

formação dos profissionais dessas áreas, aumentando a duração da prática educacional nos serviços da ABS. Para tanto, o Programa prevê três eixos de desenvolvimento: a) orientação teórica: considera os determinantes de saúde e doença, a pesquisa ajustada à realidade e o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde, seguindo os pressupostos teórico-metodológicos da PNEPS; b) cenários de prática: integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção e integração dos serviços próprios das Instituições de Ensino Superior com os serviços de saúde; c) orientação pedagógica: integração básico-clínica, análise crítica dos serviços e aprendizagem ativa<sup>23</sup>.

A interseção da PNEPS está explícita no terceiro vetor da orientação teórica do Pró-saúde. Já a PNH se dilui ao longo dos três eixos, pois, ao compreendermos que a humanização na ABS implica tornar os serviços resolutivos e de qualidade, consideramos a responsabilidade de todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho. A equipe de saúde deve refletir e discutir sua prática em todos os momentos da relação com o usuário, sendo que o ensino formal deve participar desses momentos. Contudo, para o alcance desses objetivos é necessário ter profissionais e materiais suficientes e um ambiente adequado, pois a arquitetura, o acabamento, as dimensões, as salas de estar das unidades de serviço, a estruturação de sala de reuniões – na qual também podem ser desenvolvidas ações de EPS – são alguns itens importantes no que diz respeito à parte física, muito influente no preparo de um ambiente humanizado<sup>1</sup>.

No entanto, o que observamos na maioria das Unidades de Saúde são espaços físicos improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, os quais afetam negativamente a recepção dos usuários, bem como interferem na qualidade dos atendimentos e dos processos de ensino-aprendizagem, impossibilitando a privacidade dos procedimentos. Nesse sentido, o Pró-Saúde colabora na estrutura de ambiência dos serviços, pois prevê um componente de melhoria nas condições físicas das unidades de saúde, favorecendo a implantação de um dos dispositivos da PNH relativo a projetos cogерidos de ambiência, o que é promovido a partir da correspon-

sabilização dos gestores para efetiva integração ensino-serviço<sup>1,16,23</sup>.

De maneira convergente à proposta de avanço das mudanças provocadas pelo Pró-Saúde, a Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.802, de 26 de agosto de 2008, instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do MEC, tendo como base legal a Lei n. 11.129/2005. O PET-Saúde incentiva a integração ensino-serviço e valoriza o papel dos profissionais do serviço, tendo por objetivo formar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF. Cada grupo é formado por um tutor acadêmico (professor da instituição de ensino superior), 30 estudantes (12 monitores, que recebem bolsas e os demais voluntários) e 6 preceptores (profissionais dos serviços)<sup>24</sup>.

O PET-Saúde serve de instrumento para qualificar os profissionais do serviço da ABS, bem como iniciar os estudantes de graduação ao trabalho, em consonância com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino<sup>24</sup>. A proposta converge com os pressupostos e diretrizes da PNEPS e PNH, quando afirmam que os projetos de pesquisa e intervenção de educação e humanização devem partir das necessidades dos serviços.

Outra iniciativa do MS em direção à formação e educação permanente dos profissionais de saúde é a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criada em junho de 2008 pela SGTES, numa parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde. O objetivo é incentivar a aprendizagem em rede na área da saúde. A UNA-SUS envolve a colaboração de instituições de ensino, serviços de saúde e gestão do SUS e busca, por meio da educação à distância, responder às necessidades de formação, constituindo-se em uma rede nacional de EPS. Possibilita que cada instituição contribua conforme suas potencialidades em quatro eixos: produção de conhecimentos, cooperação em tecnologias educacionais, apoio presencial e certificação educacional<sup>20</sup>.

Deve-se ressaltar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humani-

zado. Nesse sentido, a UNA-SUS amplia e legaliza as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento do MS, de modo que todos os trabalhadores do SUS tenham acesso às oportunidades de aprendizado, mobilizando o processo de ensino-aprendizagem com e no ambiente de trabalho. A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS pressupõe uma aprendizagem ativa, fundamentada a partir de saberes que o profissional traz de sua prática cotidiana, de suas experiências no trabalho e na vida; pressupõe uma aprendizagem que tem como base o trabalhador coordenando seus estudos, de acordo com seu tempo disponível, com as tecnologias que tem acesso e prioridades do SUS<sup>20</sup>.

Ainda, com a finalidade de atender aos processos de integração ensino e serviço, foi criado o Programa Nacional de Telessaúde, que se trata de uma estrutura de telecomunicação que oferece suporte às equipes de ESF por meio de ferramentas de tecnologias da informação, com objetivo de contribuir para a qualificação profissional e auxílio aos procedimentos assistenciais da rede de ABS, por meio da Teleassistência e Teleeducação<sup>20</sup>.

Em 2007, foi lançado um programa piloto do Telessaúde, e, em 2011, a Portaria n. 2.546/GM/MS redefiniu e ampliou a proposta, que passou a ser denominada de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). O programa fortalece as prerrogativas da PNEPS e PNH, pois busca melhorar a qualidade e resoluibilidade na ABS, reduzir custos e tempo de deslocamentos, fixar os profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, agilizar o atendimento prestado e otimizar os recursos no âmbito do Sistema, beneficiando os usuários do SUS<sup>20</sup>.

A possibilidade de implementar os pressupostos da PNEPS e PNH por meio das ações estruturantes interministeriais para reorientação da ABS se institui pela qualificação dos trabalhadores, que passa, também, a ser valorizada e observada a partir do “saber-ser”, e não somente do “saber-fazer”. A habilidade de resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade e as mobilizações da inteligência para fazer face aos desafios do trabalho são características dessa nova qualificação<sup>25</sup>.

A fim de fortalecer essa lógica, a Política

Nacional de Atenção Básica teve, recentemente, suas diretrizes e normas revisadas, sendo que a Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo principal é

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a ABS (p. 5)<sup>26</sup>.

Todavia, o que nos parece regra nas iniciativas do MS, quando relacionadas à adesão pelos municípios aos programas e estratégias de controle da qualidade ou ampliação e melhoria dos serviços, via de regra, é a retribuição em forma de incentivo financeiro. Isso faz com que muitos gestores adotem tais políticas, motivados pelo financiamento, sem estarem sensibilizados ou compreenderem de fato os objetivos e o referencial teórico-metodológico da proposta. Esse aspecto vai de encontro à VII diretriz do PMAQ, que expõe a importância do caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de ABS, quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o “êxito depende da motivação e proatividade dos sujeitos envolvidos” (p. 8)<sup>26</sup>.

Frente a essa realidade, na maioria das vezes, as políticas acabam desarticuladas do preparo adequado dos sujeitos que as implementam na prática. Assim, parece difícil que o cuidado acessível e satisfatório seja possível sem a adequação técnica e preparo dos gestores e o envolvimento efetivo dos profissionais e usuários. Isso implica, não somente a necessidade de reforma e qualificação das práticas clínicas, mas o fortalecimento e aperfeiçoamento da gestão. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de uma visão estratégica que seja capaz de perceber as implicações decorrentes das propostas e ideias contidas no corpo doutrinário dos referidos programas e políticas de saúde, de modo a disseminar seus pressupostos entre os que irão implementá-los na prática<sup>27</sup>.

O PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da ABS produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir o desenvolvimento dos trabalhadores e a mudança

do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos sujeitos, podem produzir mudanças significativas no modo de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes de saúde. Este programa busca ofertar e provocar estratégias de EPS e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ainda, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária além de convidá-la à participação, mediante processos de constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação que norteiam a organização da atenção em função de suas necessidades concretas<sup>26</sup>. Ao retomar a PNH e a PNEPS, é possível constatar que o PMAQ estrutura-se sobre os mesmos princípios, diretrizes e dispositivos de tais políticas, logo, não se trata de algo completamente novo para as equipes, mas uma proposta que por meio de processos avaliativos procura efetivar os pressupostos das referidas políticas a fim de melhorar a ABS.

De outro lado, o saber, quando construído a partir da fragmentação do ser humano, irá fundamentar práticas igualmente fragmentadas e desarticuladas da concepção de saúde-doença em que considera o “ser coletivo” e cuja saúde é resultante de uma série de determinantes da sua qualidade de vida. Sendo assim, tornar os temas “formação para o trabalho em saúde” e “humanização” prioridades nas agendas dos que conduzem e operam o SUS requer discutir a (co)responsabilização de todos os sujeitos que participam dos processos de formação de profissionais e de gestão das práticas e dos serviços. Isso pressupõe que ao usual e conhecido discurso sobre a importância que representam os trabalhadores que atuam no campo da saúde devem-se somar reflexões, intenções e gestos que materializem o reconhecimento da formação como operadora essencial das mudanças na sua prática de atenção, com vistas a fortalecer e humanizar os cuidados à saúde da população.

As mudanças na formação de profissionais são possíveis e necessárias, especialmente se pautadas por estratégias que estimulam a participação ativa e efetiva de gestores municipais, trabalhadores, usuários e Instituições de Ensino Su-

perior, e consideram a interação ensino-serviço, aproximando os estudantes da prática cotidiana da ABS. Entretanto, o principal desafio está na necessidade de mobilização e empoderamento social, com vistas à realização de profundas reformas sociais e setoriais que façam do SUS e da ABS não somente um ideário, mas uma real luta social, política e institucional pela construção do acesso ao cuidado resolutivo e de qualidade<sup>28</sup>.

Por tudo isso, acredita-se que o arcabouço teórico das políticas e estratégias estruturantes interministeriais, apoiado no pressuposto de (co)gestão e (co)responsabilização dos setores saúde e educação, além da participação de trabalhadores e controle social, parecem ser um caminho acertado. Entretanto, permanecem desafios, especialmente, de ordem de mobilização social e de comprometimento real dos gestores – tanto das instituições de ensino, quanto das secretarias municipais de saúde – no sentido de efetivar essas parcerias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se observa, os temas e as preocupações que distinguem o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde conquistaram *status* de política central nas esferas de gestão do SUS e indicam a determinação política de consolidar o sistema público de saúde no que é, inequivocamente, sua mais laboriosa e fundamental dimensão: a prática profissional na ABS. Enquanto isso, e com o mesmo objetivo, no campo das práticas ou da pesquisa em saúde, profissionais da área se questionam sobre a qualidade e retidão das intervenções no sistema público e seus efeitos sobre a saúde da população. Na área do ensino em saúde, muitos docentes estão convictos de que a mudança é possível, desde que a integração ensino-serviço se consolide como parceria no seu sentido mais amplo, ou seja, em que o serviço e o ensino operem na perspectiva de valorização do sujeito envolvido no processo de atenção, seja ele estudante, docente, profissional, gestor ou usuário, tendo como foco a produção de saúde para a população, desafio a ser superado na maioria das realidades em que se efetiva a saúde em nosso País.

Com o estreitamento das relações entre instituições formadoras e serviços de saúde, que podem ser intensificadas pelas “ações estruturantes interministeriais”, as quais se organizam a partir do arcabouço teórico-metodológico da PNEPS e da PNH, pretende-se operar na expressiva participação de estudantes na rede assistencial, oportunizando o processo de aprendizagem a partir de realidades, ao mesmo tempo em que se promove a reorientação do processo de trabalho local na direção de um sistema público de saúde mais resolutivo e de qualidade.

Para isso, é necessário o exercício de tolerância com “o diferente”, pois nos cabe perceber que as pessoas compreendem os processos de modo e em tempos diferentes, por isso torna-se indispensável o diálogo constante e incansável sobre os princípios, as diretrizes e os dispositivos para implementação de ações de humanização e EPS, ao longo do processo de construção de conhecimento dos sujeitos sociais, que inicia no processo formal de ensino e se estende nos ambientes em que devemos produzir saúde. No entanto, mesmo conscientes do “tempo histórico” necessário para a incorporação de princípios teórico-metodológicos em nossas práticas profissionais, é imprescindível um movimento proativo de todos os sujeitos envolvidos na efetivação do SUS, visto a proposta avaliativa do PMAQ exigir

que tais pressupostos sejam definitivamente assumidos nas práticas de saúde.

Como é de conhecimento, nem todos os municípios têm condições de implementar as “ações estruturantes interministeriais” articuladas a instituições de ensino superior. Assim, uma possibilidade de mobilização seria a formação de “núcleos municipais” responsáveis pela PNEPS e PNH, os quais sejam compostos por sujeitos do quadrilátero da formação que tenham interesse e conhecimento sobre esses temas, entre outros relativos à ABS, a fim de fomentar a mobilização das equipes de saúde de modo a atingir os propósitos expressos atualmente para a melhoria da ABS, configurando-se como um importante “apoio institucional” tão preconizado na PNH e, atualmente, no PMAQ.

Portanto, o exercício de democracia, de inclusão e respeito aos diferentes, de responsabilização e implicação dos sujeitos sociais que se envolvem na construção do SUS, é o grande desafio da PNEPS e da PNH. Consideramos que, para que esses movimentos ocorram, não existem fórmulas prontas, mas uma mobilização que inicia com a sensibilização dos diferentes sujeitos sociais sobre a importância de compreender tais políticas como importantes estratégias de gestão na direção da efetivação do sistema público de saúde do nosso País.

## REFERÊNCIAS

1. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):439-44.
2. Mello ALSF, Moysés ST, Moysés SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(34):683-92.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LMC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.
4. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007;11(23):427-38.
5. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com Ciênc Saúde.* 2007;18(2):147-55.
6. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(Supl 1):701-8.
7. Santos-Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(Supl 1):603-13.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 162 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
9. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2008;32(Supl 1):98-114.

10. Campos FE, Haddad AE, Pierantoni CR, Brenelli SL, Cury GC, Morita MC, et al. O Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: Pierantoni CR, Viana ALA, organizadores. Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 25-48.
11. Motta JJJ, Ribeiro ECO, Worzoler MCC, Barreto CMG, Candal S. Educação Permanente em Saúde. Rede Unida. Olho Mágico. 2002;9(1):67-78.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 66 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
13. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micro-política del trabajo en salud. Salud Coletiva. 2006;2(2):147-60.
14. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):161-8.
15. Feuerwerker LMC. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev Bras Educ Med. 2007;31(1):3-4.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
17. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
18. Verdi MIM, Da Ros MA, Cutolo LRA. Saúde e Sociedade – Eixo 1. Reconhecimento da Realidade. [Recurso eletrônico – Universidade Aberta do SUS]. Florianópolis: UFSC; 2010 [acesso 5 Mai 2012]. 87 p. Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)
19. Ayres RCV, Pereira SAOE, Ávila SMN, Valentim W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. Mundo Saúde. 2006;30(2):306-11.
20. Pierantoni CR, Viana ALA, organizadores. Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. 239 p.
21. Reibnitz KS, Prado ML. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. Texto Contexto Enferm. 2003;12(1):26-33.
22. Saube R, Cutolo LRA, Sandri JVA. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. Trab Educ Saúde. 2007/2008;5(3):433-52.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 86 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
24. Haddad AE, Campos FE, Passarella TM, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Cadernos ABEM. 2009;5:6-12.
25. Vendruscolo C, Kleba ME, Krauzer IM, Hillesheim A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):183-6.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) – Manual Instrutivo [Internet]. 2011 [acesso 23 Mai 2012]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/documentos.php>
27. Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Saúde Soc. 2004;13(1):37-46.
28. Tesser CD, Vendruscolo C, Garcia AV, Argenta CE. Promoção da saúde e cuidado, símbolos e práticas. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(11):4311-4.