10 – Módulo

saúde coletiva políticas de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde

Rosemarie Andreazza
Francisco Antonio de Castro Lacaz
Sandra Maria Spedo
Nicanor Rodrigues da Silva Pinto
Wanda Nascimento dos Santos Sato

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ANDREAZZA, R., *et al.* Módulo: saúde coletiva políticas de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 221-248. ISBN 978-85-61673-66-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Módulo: Saúde Coletiva Políticas de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde

Rosemarie Andreazza, Francisco Antonio de Castro
Lacaz, Sandra Maria Spedo, Nicanor Rodrigues
da Silva Pinto e Wanda Nascimento dos Santos Sato

*Devemos assumir que somos responsáveis,
com nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã.
Ou fazemos diferente, ou não o será.*

Paulo Freire

INTRODUÇÃO: A TRAJETÓRIA DA UNIDADE CURRICULAR DE SAÚDE COLETIVA: O ENSINO DO SUS NA GRADUAÇÃO DA UNIFESP

HISTORICAMENTE, reportamo-nos ao ano de 1995, quando passados sete anos da promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988), na qual a saúde passara a ser um direito social, previsto enquanto política pública, como atribuição de um Sistema Único de Saúde (sus). Cinco anos da aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90¹ (Brasil, 1990a; Brasil,

1. A lei 8.080 foi aprovada em setembro de 1990 e trata das atribuições e atividades do sus de conformidade com seus princípios e diretrizes, ao passo que

1990b), as chamadas “Leis Orgânicas da Saúde”, que regulamentaram o funcionamento do SUS e a então Escola Paulista de Medicina (EPM) pouco contemplava os conteúdos sobre tal temática no curso de graduação em Medicina.

No que se refere ao ensino, tal realidade refletia-se na preocupação dos estudantes do sexto ano médico que procuravam o apoio de médicos sanitaristas do departamento de Medicina Preventiva (DMP) da EPM para “aulas de revisão” sobre o SUS, visando as provas de residência médica, da qual sempre constavam – e ainda constam – perguntas sobre o assunto.

Quanto à relação com os serviços públicos de saúde, o DMP gerenciava o Centro de Saúde Escola, à semelhança do que ocorria com outros departamentos, desde 1960. A partir da década de 1980, discutia-se no âmbito do departamento a necessidade de uma maior integração dos Serviços de Saúde com a Universidade. Um projeto de integração docente-assistencial com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) foi desenvolvido, durante esses anos, na região sudeste do município de São Paulo. Entretanto, essa experiência foi interrompida no início dos anos de 1990, pelas dificuldades encontradas tanto no próprio departamento quanto na rede pública de serviços de saúde.

A partir de 1995 ocorre uma articulação dentro do DMP, na busca por conhecimento sobre as experiências existentes de articulação entre a Universidade e os Serviços de Saúde do SUS e no ensino de graduação dessa área. Neste sentido, foi realizado, com apoio institucional e financeiro da Reitoria, no mês de outubro deste mesmo ano, um seminário que contou com a participação de representantes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), do departa-

a lei 8.142, aprovada em dezembro do mesmo ano, tratou dos vetos do então presidente Collor de Mello aos artigos referentes ao controle social e ao financiamento do SUS.

mento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e do departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No seminário, os convidados discorreram sobre a experiência acumulada na perspectiva da relação universidade/serviços públicos de saúde e dos processos de reforma de currículo.

Concomitantemente, ainda em 1995, foram criadas as condições que permitiram reabrir um processo de discussão e de construção de um projeto de integração entre a universidade e a rede pública de serviços de saúde. O projeto propunha um modelo que buscava superar a concepção de Centro de Saúde Escola, estruturando-se um Distrito de Saúde Escola, na região sudeste da capital, incluindo o complexo hospitalar universitário, assumindo o ideário da integração docente-assistencial (IDA). Segundo definição de Marsiglia (1995, p. 31), a integração docente-assistencial é “união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequando às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e a formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino”.

Esses movimentos internos ao departamento eram também resultado da demanda da Reitoria da recém-criada Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), para que os estudantes de medicina tivessem um contato mais próximo com a rede de serviços do SUS, na perspectiva da aproximação do aparelho formador, ou seja, a Universidade, com o sistema de saúde que iria utilizar a mão-de-obra formada, conforme previa a própria Constituição Federal de 1988, como importante atribuição do SUS.

Para a construção do Distrito de Saúde Escola, com o apoio institucional da Reitoria, buscou-se a assessoria, durante o ano de 1997, do

Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa), vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para capacitar seus técnicos e de outros departamentos da Unifesp-EPM, visando uma articulação da Universidade que envolvesse ensino e pesquisa, com uma rede de serviços públicos de saúde, num território delimitado e próximo à Unifesp, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

No âmbito nacional assistia-se a um intenso movimento pela transformação da educação médica, a partir da criação, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que reunia a representação de professores, estudantes, médicos residentes, conselhos regionais e federal de medicina, gestores dos serviços de saúde e das instituições formadoras e assessores técnicos. O movimento pela transformação da formação dos profissionais de saúde, em particular do ensino médico, mobilizou distintas instituições e associações do setor saúde, como a Rede Unida, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Abrasco, dentre outras. O próprio Conselho Nacional de Saúde assume um papel na luta por esta transformação, ao iniciar a discussão sobre o perfil profissional para o SUS.

Nesse contexto, um grupo de profissionais, oriundos do departamento de Medicina Preventiva e do departamento de Enfermagem, que atuavam junto ao Centro de Saúde Coletiva (Cesco), elaborou um projeto de ensino em Saúde Coletiva para os cursos de graduação da Unifesp. Esse projeto foi encaminhado e discutido em instâncias da Universidade, vinculadas à graduação e, dado o processo de mudança curricular da graduação em Medicina, foi possível implementá-lo, parcialmente, para o 3º ano de Medicina. Assim, em 1999, a unidade curricular de Saúde Coletiva foi introduzida no curso.

Escrever esse capítulo tem como objetivos rever essa experiência e apontar os referenciais teóricos que foram norteando as escolhas pedagógicas da unidade curricular, no sentido de contribuir para a dis-

cussão sobre o ensino da saúde coletiva na formação dos profissionais de saúde e também dos processos de reformas curriculares. Espera-se que, ao contar essa trajetória, seja possível provocar indagações sobre os caminhos e descaminhos das transformações curriculares, hoje presentes na quase totalidade das instituições de educação superior de profissionais de saúde.

A CONSTRUÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Acompanhando as discussões sobre a necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em atender às demandas sociais (Campos, 1999; Feuerwerker, 2004), iniciou-se o planejamento da unidade curricular (UC) de Saúde Coletiva com a preocupação “de fazer diferente”. Era preciso aprender uma nova forma de ensinar e aprender; não se poderia realizar o ensino desse campo a partir de processos pedagógicos tradicionais baseados na transmissão de conhecimento, em que os únicos fatores de exposição seriam o professor, os livros, as apostilas, as fotocópias do caderno... (Freire, 1996; Berbel, 1998).

As várias experiências do ensino da Saúde Coletiva, na graduação dos profissionais de saúde, naquele momento evidenciavam a falência desse modo de ensinar e apontavam de forma inequívoca que os processos de ensino-aprendizagem deveriam buscar diminuir o grau de abstração do campo e inverter o processo, aproximando/inserindo o estudante nos espaços concretos/reais da vida dos usuários do SUS, ou seja, nos seus locais de moradia e trabalho e nos próprios serviços de saúde (Campos, 1999; Cyrino, 2004; Marins, 2004).

Desde o movimento da Reforma Sanitária, aponta-se “a necessidade de profundas transformações das instituições de ensino, de modo a permitir que os trabalhadores estejam plenamente imbuídos dos sen-

tidos e competências políticas, científicas, éticas e humanistas que permitam avançar na produção da saúde” (Macêdo *et al.*, 2006, p. 220). A partir da compilação de informações constantes na legislação, desde a Constituição Federal, as leis que regulamentam o SUS e as resoluções aprovadas nas instâncias de controle social do mesmo (conferências e conselhos de saúde), Ceccim *et al.* (2002) deixam evidente seu papel constitucional na formação de recursos humanos e a premissa de que os serviços de saúde que o integram constituem campo de prática para o ensino e para a pesquisa. Assim, no relatório da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, já havia a recomendação para “a transformação no desenho dos cursos da área de saúde, em prol da formação de profissionais com uma visão integral, comprometimento social e formação geral [...] além da efetiva integração entre instituições de ensino e sistema de saúde” (Macêdo *et al.*, 2006, p. 221).

O projeto de ensino desse grupo da Unifesp, que tinha o objetivo centrado na aproximação ao SUS a intenção de propor um “jeito diferente de fazer o ensino”, apresentava limites importantes. A Unifesp propunha e conduzia uma reforma curricular, desde 1997, para o curso de Medicina, na qual as inovações curriculares eram bem-vindas, mas conviveriam com espaços ainda bastante tradicionais de ensino, seja pela não adesão dos professores ao projeto de reforma, seja por não sentirem a necessidade de tal mudança. A par disso, não havia naquele momento uma articulação, e quase nenhuma interlocução, entre essa nova UC e a Epidemiologia, a Sociologia Médica, a Bioestatística, a Nutrição e o estágio no Internato de Medicina Preventiva, que representavam as outras inserções do DMP no currículo médico.

Outro limite era a situação do SUS na cidade de São Paulo, em 1999. O município não havia iniciado, até esse momento, o processo de municipalização da saúde. Assim, conviviam dois sistemas independentes, um sob a gestão da SES-SP e outro sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A própria rede municipal de saúde estava fragmentada, na medida em que a maior parte dos servi-

ços estava sob a gestão do Plano de Assistência à Saúde (PAS) e alguns continuavam gerenciados diretamente pela SMS.

O cenário era contraditório, mas o coletivo dos professores envolvidos nesse projeto apostou em “fazer diferente”. Para Pinheiro e Ceccim (2006, p. 13),

[...] articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre práticas de ensino [...] requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de “aberturas de possíveis”. Esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à “experienciação” e não à sobredeterminação do desconhecido pelo desconhecido.

Assumiu-se então o SUS, na radicalidade de seus princípios e diretrizes, como eixo estruturante da UC, utilizando-se como referenciais para a construção do seu projeto político-pedagógico a saúde como direito de cidadania, o conceito ampliado de saúde, o ensino centrado no estudante e a construção do conhecimento a partir de vivências na realidade dos territórios e dos serviços de saúde.

O questionamento dos processos tradicionais e/ou conservadores de ensino-aprendizagem tem ganhando espaço e evidência nos últimos anos, em particular na formação de profissionais de saúde. A busca por uma educação que atenda e/ou responda às novas demandas sociais também tem sido amplamente reconhecida e recomendada. Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 780), “o processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais [...] recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos”. Nesse sentido, as estratégias de ensino-aprendizagem problematizadoras têm sido adotadas em distintas direções, intenções e instituições.

Berbel (1998) destaca, nessa mesma direção, as duas principais propostas de inovação na maneira de pensar, organizar e desenvolver

os cursos de formação de profissionais de saúde: a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. São propostas pedagógicas que têm como referencial a participação ativa do estudante na construção do seu conhecimento, trabalham por problema, podem ser englobadas nos processos de ensino-aprendizagem por descoberta (Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

Diferente das opções pedagógicas centradas na transmissão de conhecimento – o “ensino bancário”, na qual o centro é o professor e o ensinar é o objetivo primordial, desarticulando-se na maioria das vezes do apreender, assumiram-se como referência para construir os processos de ensino-aprendizagem da UC os pressupostos teóricos defendidos por Paulo Freire. Segundo o autor (Freire, 1996, p. 24) “formar é muito mais que puramente *treinar* o educando no desempenho de destrezas [...] não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Para o autor, o papel do professor tem de estar centrado em uma ética “universal do ser humano” e

[...] é preciso que desde o começo do processo, vá ficando cada vez mais claro que embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo e alma a um corpo indeciso e acomodado (Freire, 1996, p. 25).

Os conteúdos da UC eram desenvolvidos a partir da realização dos trabalhos de campo, nos quais os estudantes reconheciam, através da observação e de entrevistas com lideranças comunitárias residentes no território, gestores da saúde e usuários, os problemas de saúde e também os serviços públicos de saúde de distintos níveis de complexidade existentes em um dado território do município de São Paulo. Os estudantes eram avaliados pelo desempenho, que incluía a sua participação nas atividades propostas, o seu interesse e envolvimento

nas discussões, associado a uma avaliação da apreensão cognitiva, de caráter somativo, que foi medida de distintas formas, desde a prova (realizada individualmente e/ou em dupla) até a realização de trabalhos e propostas de intervenção na região.

Ao se trabalhar em pequenos grupos de estudantes (de doze a vinte) coordenados por um ou dois professores, tendo como motivação para o aprendizado as vivências/visitas pré-estabelecidas no território (figura 1) e nos serviços públicos de saúde, tentava-se problematizar as observações, as percepções e os sentimentos trazidos pelos estudantes, construindo com eles o conhecimento e teorizando essas práticas. As visitas constituíam as “situações de aprendizagem”, conforme definição de Bordenave e Pereira (2000), pois era a partir delas que propúnhamos aos estudantes o aprender e desenvolvíamos o ensinar.

Criavam-se estratégias diferenciadas de aprender e de ensinar, que se aproximam da Metodologia da Problematização, mas não o são na medida em que inexistia intervenção na realidade (Berbel, 1998).

FIGURAS 1 E 2. As atividades de campo: reconhecimento do território. Fotos: N. R. S. Pinto (1) e F. V. Pascaliccho (2)

Outro ponto de inovação utilizado foi a articulação dos cursos de Fonoaudiologia e Medicina, a partir de 2000, quando a UC Saúde Coletiva passou a ser desenvolvida de forma integrada para os dois cursos. Essa aproximação foi/é uma tentativa de colocar em prática experiências mais integradoras e compartilhadas na formação dos pro-

fissionais de saúde. A atenção à saúde vem cada vez mais demandando processos de trabalho em equipe, em que distintas práticas, saberes e olhares devem conversar, interagir e se expressar na forma de fazer o cuidado à saúde (Pinheiro & Mattos, 2004; Delandes, 2006).

A construção da UC teve a autoria de vários professores², já que todo o seu planejamento ocorreu de forma participativa e compartilhada a partir de reuniões periódicas. Esses espaços de encontro permitiram, em vários momentos, a reflexão crítica sobre a prática docente do grupo, propiciando momentos de avaliação para mudanças de caminhos da disciplina no decorrer da mesma e propostas para os próximos anos. Era o espaço de criação de soluções e resolução de problemas advindos do dia-a-dia do fazer a UC. Foi o local também de troca e aprendizagem dos professores. Podemos afirmar assim que, em certa medida, constituiu-se em um processo de educação permanente para os profissionais que participaram dessa experiência ao longo de oito anos de desenvolvimento da UC (Ceccim, 2005; Merhy, 2005).

Os estudantes também foram autores, na medida em que sua participação estabelecia mudanças no cotidiano da UC e também porque, desde o início, a avaliação da disciplina realizada por eles foi instrumento para o processo contínuo de transformações/mudanças da sua

2. Raquel de Aguiar Furuie (2006; 2005; 2004; 2003; 2002; 2001; 2000), Isis A. Casanova (2006; 2005; 2004; 2003; 2002), Francisco Vanin Pascalicchio (2003; 2002; 2001; 2000; 1999), Ana Lúcia Medeiros de Souza (2006; 2005; 2004; 1999), Eliana Tiemi Hayama (2006; 2005; 2001; 2000), Maria Angela Mello Barreto (2004; 2002; 2001; 2000), Angela Gordo (2006; 2005; 2004), Stella Maris Aguiar Lemos (2003; 2002; 2001), Eleonora Menicucci de Oliveira (2001; 2000; 1999), Renato Nabas Ventura (2001; 2000; 1999), Herval Pina Ribeiro (2006; 2005), Neide Richopo (2005; 2004), Aloísio Cugginotti (2001; 2000), Maria Edith Sant'Anna (2001; 2000), Ana Lúcia Pereira (1999; 2000), Maria Graciela Morell (2006), Helio Egydio Nogueira, (2004), Selma C. Ferreira (2004), Vicente Abreu e Neide Richopo (2004), Mariângela de Oliveira Cainelli (1999) e Regina Helena Petroni Mennin, (1999).

configuração, tanto em relação às estratégias de ensino-aprendizagem quanto aos conteúdos curriculares. Os usuários do sistema, representados pelas lideranças do movimento popular da região, foram os principais aliados no desenvolvimento da UC; nesse sentido também foram, além de autores, professores.

Um dos pressupostos da UC era a estreita vinculação com os serviços de saúde e que a mesma deveria “ser desenvolvida predominantemente na área de abrangência do Distrito de Saúde Escola”³. A não concretização desse projeto, não impediu a atuação nessa região. Continuamos buscando, ao longo destes oito anos, a construção de um cenário de aprendizagem na região sudeste da cidade, pois a vinculação com os serviços de saúde era/é pressuposto estruturante para o desenvolvimento do ensino do SUS. Assim, como referem Macêdo *et al.* (2006, p. 234):

Para uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização, a escolha de cenários onde docentes e estudantes tenham a oportunidade de articular ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde assume papel fundamental. [...] como nova gramática a noção de cenários de aprendizagem, ou seja, [...] cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001 para os cursos de graduação, inicialmente, de Medicina e Enfermagem (Brasil, 2001b), resultado exitoso dos vários movimentos pela

3. Fonte: Unifesp, Centro de Estudos em Saúde Coletiva. *Proposta de Ensino de Saúde Coletiva na Graduação do Curso de Medicina (Ciclo Intermediário) da Unifesp-EPM*, São Paulo, 1998 (mimeo.).

transformação da formação dos profissionais de saúde no Brasil, veio reforçar alguns dos referenciais assumidos na UC. Tal estímulo fica evidenciado no próprio objeto das DCN, quando coloca de forma inequívoca que os currículos devem construir um perfil acadêmico profissional que possibilite “atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS”. O objetivo de “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender [...] garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” também vem ao encontro dos princípios que nortearam a construção do projeto político-pedagógico da UC de Saúde Coletiva.

OS (DES)CAMINHOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR

Como já assinalado, em 1999, foi introduzida a UC Saúde Coletiva no módulo Saúde e sociedade, para o terceiro ano médico. Iniciava-se junto à primeira turma do “novo currículo”, que tinha começado em 1997. O objetivo da UC, no processo de reformulação curricular, era preencher uma lacuna na formação médica na Unifesp, dada a ausência de abordagem desse conteúdo no currículo então vigente. Iniciar no terceiro ano médico foi a possibilidade apontada naquele momento, diante do processo de discussão da reforma curricular.

Objetivava-se “possibilitar aos alunos a aproximação da realidade sócio-sanitária de uma população, em um território, e a reflexão sobre: os determinantes do processo saúde doença; e as possíveis formas de intervenção nessa realidade, na perspectiva das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A avaliação dos professores envolvidos na operacionalização da disciplina, nesse seu primeiro momento, e dos estudantes foi positiva e isso foi expresso tanto na avaliação

oral realizada pelos estudantes no último dia de aula de 1999, como também de forma escrita por meio de instrumento específico (Spedo *et al.*, 2000).

Considerando o impacto deste fato novo e da novidade do currículo que permitiu a experiência da UC Saúde Coletiva naquele momento, é cabível ampliar a conclusão do Relatório de Avaliação da UC Saúde Coletiva – 1999⁴ para os diferentes anos de desenvolvimento dessa experiência, ou seja:

[...] pela primeira vez, os alunos da Medicina experimentaram um contato organizado e sistematizado com uma população, no seu local de moradia, lazer e trabalho e puderam refletir sobre como essa forma de viver/sobreviver pode estar determinando a ocorrência de doenças, acidentes e mortes. Assim os alunos foram sensibilizados para outros modelos explicativos/causais do processo saúde-doença, além do biológico.

A discussão sobre o SUS e seus problemas foi destacada como um tema central na formação dos médicos. A estratégia de ensino-aprendizagem utilizada, que permitiu “a maior participação” dos estudantes na construção do seu conhecimento, entre outros aspectos, também foi apontada como algo, além de novo, salutar, mesmo com espaços físicos completamente inapropriados para essa nova abordagem pedagógica. A inserção dos estudantes da Fonoaudiologia, a partir de 2000, foi outro elemento novo nessa experiência acompanhado de uma avaliação positiva tanto dos estudantes da Fonoaudiologia quanto da Medicina e até de propostas de inclusão dos outros cursos. A idéia da equipe e do cuidado multiprofissional aparecia, abria-se uma janela para essa discussão.

4. Fonte: Unifesp, Centro de Estudos em Saúde Coletiva. *Relatório de Avaliação da Disciplina Curricular de Saúde Coletiva do Módulo de Saúde Sociedade do 3º Ano Médico*, São Paulo, 1999 (mimeo.).

Assim, ao recuperar os Relatórios de Avaliação da UC, vislumbram-se os seus caminhos, pois os pontos positivos foram se mantendo ao longo dessa trajetória, mas perdendo impacto e potência na transformação dos processos de ensino e de aprendizagem. A crítica à UC vai ganhando expressão tanto para os estudantes quanto para os professores. O limite de uma experiência isolada, fragmentada e de pouca inserção no mundo do trabalho, sem uma continuidade nos espaços da prática do cuidado à saúde e de uma real inserção na comunidade, passa a ser apenas uma visita a uma realidade sanitária adversa, utilizada como uma mera situação de aprendizagem.

As atividades da UC inicialmente foram desenvolvidas no território do Distrito Administrativo do Sacomã, que a partir de 2001, com a retomada da construção do SUS local e acompanhando o desenho organizacional da SMS-SP, correspondia a um Distrito de Saúde (41 ao todo no município), denominado Escola e com convênio firmado com a Unifesp. A partir de 2003, com as mudanças político-administrativas ocorridas na prefeitura de São Paulo e na própria SMS-SP, em particular a criação das subprefeituras e suas respectivas coordenações de saúde (31 ao todo no município), ampliou-se a atuação para os Distritos Administrativos do Ipiranga, Cursino, Jabaquara, Vila Mariana e Moema.

O grupo de docentes manteve sua atuação nessa região, mesmo com a nova estrutura administrativa da SMS-SP que, a partir de 2005, recentralizou em cinco coordenadorias a organização do sistema de saúde no município. A área de atuação onde ocorria a UC corresponde hoje às Supervisões Técnicas de Saúde do Ipiranga, Vila Mariana/Jabaquara, da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste da SMS-SP.

A complexidade organizacional e a disputa dentro do SUS no município de São Paulo, aliadas à prática hegemônica de resistência histórica das instituições de ensino de se deslocar do seu próprio espaço, não permitiram a superação da lógica restrita de “campo de estágio”, isto é, apenas o uso dos serviços de saúde para os processos de ensino-

aprendizagem. Esse fato foi um dos limites importantes e fator de desgaste na construção e execução da UC, como já apontavam as avaliações realizadas no decorrer desse caminho.

No quadro 1 é possível ver as mudanças dos nomes, anos, séries que refletem as distintas propostas elaboradas visando superar alguns dos limites da unidade curricular e os novos contextos.

QUADRO 1. A unidade curricular de 1999 a 2006, seus nomes, série e cursos

<i>Ano</i>	<i>Nome</i>	<i>Série / curso</i>
1999	Saúde Coletiva	3 ^a Medicina
2000	Saúde Coletiva	3 ^a Medicina e 2 ^a Fonoaudiologia
2001	Saúde Coletiva I: o território e seus problemas	1 ^a Medicina
2001	Saúde Coletiva	3 ^a Medicina e 2 ^a Fonoaudiologia
2002	Saúde Coletiva I: o território e seus problemas	1 ^a Medicina e Fonoaudiologia
2002	Saúde Coletiva	3 ^a Medicina e 2 ^a Fonoaudiologia
2003	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1 ^a Medicina e Fonoaudiologia
2003	Saúde Coletiva II: organização de serviços de saúde	3 ^a Medicina e 2 ^a Fonoaudiologia
2004	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1 ^a Medicina e Fonoaudiologia
2004	Saúde Coletiva II: organização de serviços de saúde	3 ^a Medicina
2005	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1 ^a Medicina e Fonoaudiologia
2006	Saúde Coletiva: políticas de saúde no Brasil e o SUS	1 ^a Medicina e Fonoaudiologia

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas, o Promed, lançado pelo Ministério da Saúde quase que simultaneamente às DCN, marca uma primeira aproximação do órgão nacional de gestão do SUS na direção do cumprimento do preceito constitucional de ordenamento da formação dos profissionais de saúde. Mesmo considerando o limite e a timidez deste projeto que contemplou, na forma de edital concorrencial, apenas dezenove escolas médicas, entre elas o curso de Medicina da Unifesp, foi um marco inicial na direção da operacionalização das DCN (Brasil, 2001a).

Com a implantação do Promed na Unifesp, em 2001, foi possível iniciar o conteúdo de Saúde Coletiva já no primeiro ano do curso; que passa então a ser ministrado em dois momentos do currículo. Essa modificação já havia sido apontada no relatório de avaliação da UC Saúde Coletiva do módulo de Saúde-sociedade do 3º ano médico – 1999, que

[...] reiterava a necessidade de discutir junto às instâncias de deliberação do currículo médico a proposta de ensino em Saúde Coletiva para o ciclo básico, com o objetivo de possibilitar aos alunos um contato gradual, a partir do primeiro ano com a realidade sócio-sanitária da população e com os serviços de saúde dos três níveis de saúde atenção⁵.

Durante dois anos atuou-se no primeiro e terceiro anos do curso de Medicina. No primeiro ano, o eixo da UC priorizava o território e seus problemas e no terceiro ano a discussão abordava a organização dos serviços de saúde e o SUS. A avaliação sobre essa divisão foi positiva, mesmo com a interrupção e não integração com os conteúdos abordados por outras disciplinas do DMP, no segundo ano do Curso Médico. Entretanto a negociação para efetivar a inserção da UC no primeiro ano

5. Fonte: Unifesp, *Proposta de Ensino de Saúde Coletiva no Ciclo Básico do Curso Médico da Unifesp-EPM*, São Paulo, 1999 (mimeo).

levou à sua retirada do 3º ano médico, concentrando, isto é, reunificando novamente os conteúdos no primeiro ano, a partir de 2003.

Talvez uma das experiências mais exitosas no desenvolvimento da UC tenha sido a realizada em 2002, mediante a Saúde Coletiva 1: o território e seus problemas. A forte vinculação com as lideranças do movimento popular da região fez com que, por demanda de representantes desse movimento, o grupo de docentes responsável pela UC Saúde Coletiva desenvolvesse cursos de capacitação de conselheiros de saúde (Pinto *et al.*, 2003). E, ainda, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento do movimento e do controle social do SUS local, foi introduzido um espaço específico ao final da UC para que os alunos pudessem apresentar o trabalho desenvolvido no território para as lideranças envolvidas no processo. Essas iniciativas propiciaram maior aproximação das lideranças com a proposta de ensino e, também, um grau maior de responsabilidade dos alunos para com a UC e essas lideranças (figura 2). Tal experiência foi apresentada sob a forma de pôster no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, sendo reconhecida com um dos prêmios de menção honrosa pela Abrasco durante o referido Congresso, realizado em Brasília, em 2003 (Andreazza *et al.*, 2003).

É possível verificar, ainda no quadro 1, a busca por uma maior identidade da UC com a área da política, planejamento e gestão em saúde, a partir da incorporação de alguns conceitos da área no decorrer da disciplina, além da inclusão da vertente da organização dos serviços de saúde, principalmente no momento da divisão UC. Esta busca vem associada a um afastamento do conteúdo da determinação social do processo saúde-doença e uma ênfase no conceito ampliado da saúde e no entendimento da saúde como direito social. Entretanto, é possível verificar que, mesmo sem a explicitação nos objetivos educacionais da discussão sobre a determinação do processo saúde-doença, as abordagens pedagógicas utilizadas na UC acabam por revelar esse tema. Essa constatação fica evidente a partir das seguintes citações dos estudantes no processo de avaliação da disciplina: “entendimento

das condições de saúde de um indivíduo como produto das condições sociais”; “abertura da visão médica para o território do paciente, não deixando que esta visão se restrinja a de dentro do hospital: não só sintomas e doenças, me acrescentou algo do lado humanitário”.

FIGURAS 3 E 4. O curso de Conselheiros de Saúde e a devolutiva dos estudantes na comunidade. Fotos: N. R. S. Pinto.

Na direção, não só de operacionalizar as DCN, mas também de incidir de forma mais contundente no processo de formação dos profissionais de saúde, em 2004, a recém-criada Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lança uma política pública de educação para o SUS, denominada “Aprendersus”. Essa política visava “estimular e promover a educação permanente para o SUS e propiciar uma efetiva aproximação entre o sistema de saúde e o sistema formador” (Brasil, 2004). A adoção do princípio da integralidade como eixo na mudança da graduação dos profissionais de saúde, vai apontar outra lógica/racionalidade para se pensar os processos de aprender e ensinar a saúde, na qual a hegemônica abordagem “biologista, medicalizante e procedimentocentrada” deverá ser redirecionada para uma formação que tenha como objetivos

[...] a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho

e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações [...]; é a noção da integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços de saúde e sistemas (Brasil, 2004, p. 7).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1409), “é nossa tarefa reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde”.

A política do AprenderSUS, nos seus diferentes desdobramentos (com os estudantes, os professores e os trabalhadores), tanto de pesquisa quanto dos processos de educação permanente, entre outros, teve pouco ou quase nenhum impacto no dia-a-dia da UC ou da própria Unifesp, no sentido da transformação e/ou mudança nas práticas pedagógicas e de atenção à saúde. Mas talvez o seu maior impacto tenha sido a efetiva aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, ao lançarem o desafio e abrirem o debate sobre a autonomia da Universidade e o papel do governo federal de desenvolver políticas que induzam explicitamente o aparelho formador ao cumprimento de seu papel social. Em resumo, o SUS entra na pauta das instâncias de discussão e deliberação do currículo das diferentes profissões de saúde, no caso da Unifesp: Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ciências Biomédicas. Nesse sentido a nossa disciplina passa a ser “usada” como exemplo de integração multiprofissional, de aproximação com a comunidade, de vinculação com os serviços e com o SUS.

Com as mudanças no Ministério da Saúde, em meados de 2005, a política para a formação dos profissionais de saúde é redirecionada. É lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação dos Profissionais em Saúde, o Pró-Saúde, à semelhança do Promed sob a forma de edital no final desse ano, para a concorrência das instituições de ensino, ampliando agora para noventa cursos, incluindo não só os cursos de Medicina, mas também os de Enfermagem e Odontologia.

Os objetivos centrais dessa iniciativa são, entre outros: o de incentivar transformações do processo de formação; geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença; reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, habilitando os futuros profissionais para responder às necessidades de saúde e à operacionalização do SUS e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (Brasil, 2005).

Essas iniciativas, visando à mudança da educação dos profissionais de saúde tendo o SUS como eixo central, vieram em certa medida ao encontro dos princípios que pautaram a construção do projeto político pedagógico da UC. Passou-se de certo isolamento para uma situação de relativo destaque que, entretanto, não levou a modificações mais significativas da forma de ensinar e aprender dos profissionais de saúde da nossa instituição. Fortaleciam-na, na medida em que reiteravam os pressupostos teóricos que foram assumidos ainda em 1999, quando da elaboração dessa experiência.

Em 2004 houve uma possibilidade mais concreta de aproximação e vinculação da UC com os serviços de saúde da rede municipal, e alguns passos foram dados na direção de constituir um cenário de aprendizagem, no território em que já se vinha atuando de forma pontual e fragmentada. Nessa direção foi celebrado um convênio entre a Universidade e a Coordenação de Saúde de Vila Mariana, subordinada naquele momento à respectiva subprefeitura. Esse convênio tinha como metas, entre outras, o

[...] desenvolvimento de um sistema local de saúde orientado por políticas e ações que respondam às necessidades de saúde da população e o fortalecimento do processo de educação permanente, destinado a estudantes de graduação e pós-graduação da Unifesp, bem como aos funcionários de saúde da população.

Essa articulação permitiu a participação de profissionais vinculados ao SUS local no planejamento e execução da disciplina. Esse processo foi interrompido em 2005 com a nova configuração do SUS local que centralizou as instâncias regionais de gestão do sistema municipal.

A reunificação da UC, a partir de 2003, deixou evidente, pelos processos de avaliação realizados, a inadequação do desenvolvimento somente no primeiro ano do Curso Médico. “Ensinar SUS” apenas nesse momento do curso, mesmo com toda a “intensidade” de abordagem adotada, não é suficiente e nem mesmo pertinente ao cumprimento das DCN. Os estudantes, em suas avaliações, relatam a dificuldade em entender o SUS, pela pouca, ou melhor, quase nenhuma vivência no mesmo, seja como profissionais ou como usuários. Mesmo avaliando positivamente as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas e se identificando com o tema, a não continuidade dessa discussão ao longo do curso e a não vinculação à rede pública de serviços de saúde pesam negativamente na avaliação da UC e apontam inequivocamente para o seu limite.

Essa situação limite fez com que, em 2006, pela primeira vez não se atuasse junto às lideranças do movimento popular da região, principais aliados para o desenvolvimento da UC no seu início em 1999 quando o SUS na cidade de São Paulo inexistia, pois a avaliação mostrava, inequivocamente, que esse modelo havia se esgotado. As lideranças, à semelhança dos estudantes, passaram a ver essa experiência como mais uma visita e não mais como um processo de construção e/ou transformação dessa realidade, a partir de uma maior vinculação da Universidade com SUS e com a comunidade local. Era preciso mudar.

DIFICULDADES E LIMITES DA UNIDADE CURRICULAR E OS DESAFIOS PARA SUA SUPERAÇÃO

Nesses oito anos de existência, a UC de Saúde Coletiva passou por várias mudanças/transformações. Essas tentativas buscavam superar

as dificuldades/limites que se enfrentavam ao propor e operacionalizar uma UC que, por um lado, introduzia um conteúdo novo, nunca antes abordado na graduação, e que muitas vezes criava resistências nos estudantes e na própria universidade e, ainda, que não conseguiu se articular efetivamente às demais disciplinas/módulos do currículo. Por outro lado, utilizava uma estratégia pedagógica diferente da empregada pelas demais disciplinas do curso. Outro limite importante, que deve ser destacado, é a resistência histórica da própria universidade e do SUS municipal para estabelecer uma real parceria entre o mundo da formação e do trabalho.

Alguns desses limites, tais como a não atuação na comunidade, a falta/ausência de um projeto de intervenção e a falta de integração curricular, são expressos pelos estudantes no próprio instrumento de avaliação da disciplina, nos distintos anos, conforme quadro 2.

As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pela UC foram ao longo dos anos, citadas como um dos principais pontos positivos: o trabalho em pequenos grupos, o trabalho de campo, a liberdade para expressão das idéias, e as formas de avaliação, conforme quadro 2.

A dificuldade da inovação curricular restrita a uma única, ou a poucas disciplinas no currículo, representa muito mais uma avaliação dos professores, por entender o limite dessa situação. Limite dado pelo valor atribuído à UC que, por ser “mais livre” do que outras, pode ser entendida como algo de menor importância, ser encarada como um “momento de recreio” durante o curso e não ser vista com a necessária seriedade que se propõe, ao assumir uma nova forma de fazer os processos de ensino-aprendizagem no qual o estudante é o centro e onde o aprender a aprender criticamente são elementos essenciais e que têm como eixos o conceito amplo de saúde, o reconhecimento do cuidado como característica fundamental do trabalho em saúde e a integralidade.

QUADRO 2. Citações dos estudantes da UC,
retiradas dos instrumentos de avaliação de 1999 a 2006

Atividades de campo: “as visitas”

- Não ter ação na comunidade, não realizar nenhum projeto efetivo de atuação.
- A duração das visitas: pouco tempo de visita.
- Utilizar a população, que de certa forma crê e espera que nós os ajudemos e por isso nos tratam tão bem. No entanto, não oferecemos nada em troca, o que é muito frustrante para a comunidade carente e para nós mesmos, como médicos; nenhum retorno à população que tão bem nos acolheu.
- O terceiro ano de ida à comunidade sem retorno para a população.
- Ir lá só para “xeretar” a vida deles é como ir ao zoológico.
- Falta de compromisso com a comunidade no que diz respeito a uma intervenção efetiva.
- É fácil criticar, apontar o erro e o que não funciona, porém, não percebemos nenhuma movimentação para agir e atuar sobre a realidade.
- O trabalho de campo permitiu contato com a realidade social e dos serviços de saúde através da visita ao território.
- “Conhecer o SUS” através das visitas as UBSS.

Estratégias ensino-aprendizagem

- Trabalhar em pequenos grupos garante a participação.
- Articulação de visita prática e aulas.
- Integração entre Medicina e Fono.
- Integração entre teoria e observação.
- Aulas abertas com discussão.
- O aprendizado se dá a partir das discussões.
- A participação em aula, a frequência, a responsabilidade e um trabalho são formas muito melhores de avaliação do que uma prova.
- Divisão aleatória do grupo.
- Maior liberdade para expressar idéias, interação aluno/professor.

Para Feuerwerker (2004, p. 19),

Como os currículos expressam as relações de poder dentro das instituições, é comum que os processos de mudança levem a produção de propostas híbridas que combinam aspectos parciais de várias proposições político-pedagógicas. Muitas vezes, não há como escapar da situação, mas é importante saber dos riscos envolvidos: é possível que se criem situações e orientações muito contraditórias (às vezes antagônicas), que confundem o estudante e prejudicam a aprendizagem; pode-se adaptar uma proposta a tal ponto que ela se desconfigura, perde completamente a potência e se desmoraliza.

A possibilidade de escrever esse capítulo teve o sentido, para o grupo de docentes que protagonizaram a experiência, de revisitar e reavaliar tal experiência após oito anos de execução; foi também a possibilidade de rever, de refletir sobre os acertos e os desenganos desse caminho e, ainda, de agregar os referenciais teóricos em várias das iniciativas do “fazer diferente”. Emociona relatar essa trajetória nesse momento particular, na medida em que sabemos e assumimos o final da disciplina nesse formato, em 2007. Marca, porém, um início (e é essa a aposta) de uma transformação do ensino de Saúde Coletiva para os cursos de graduação na Unifesp, *campus* São Paulo.

Essa transformação passa pelo processo interno do DMP que, em 2006, assumiu rediscutir o seu modelo curricular para graduação e construir um currículo integrado para o ensino da Saúde Coletiva. Já em 2007, começa pelo primeiro ano do curso de Medicina e de Fonoaudiologia uma nova experiência, que a partir das competências traçadas coletivamente pelos distintos atores e sujeitos que compõem hoje o departamento, deverá agregar todas as áreas que compõem esse campo de conhecimento. É a nova possibilidade de gradualmente, isto é, para todos os anos, ir se inserindo e revisitando os conteúdos da Saúde Coletiva. É a busca da superação de um dos limites do ensino do SUS apontado no desenvolvimento da UC, já que o SUS será um dos temas gera-

dores do novo currículo do DMP, não somente no primeiro ano, mas de forma articulada para todo o curso de Medicina e Fonoaudiologia.

A definição do cenário de aprendizagem em conjunto com os cursos da Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia, a partir da implantação do Pró-Saúde, tem criado dispositivos para abertura de novos processos de articulação e integração curricular entre as disciplinas e cursos. Pode vir a representar, também, uma superação da concepção de campo de estágio pela noção de “cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde” (Macêdo *et al.*, 2006, p. 234).

Nesse momento, em decorrência do Pró-Saúde, que tem como um dos seus objetivos específicos

[...] estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas [...], visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente (Brasil, 2005, p. 17).

Foram criadas/dadas novamente condições objetivas para uma (re) construção da parceria entre o SUS municipal e a universidade, com a assinatura de um convênio entre as instituições.

Ao finalizar esse capítulo é possível vislumbrar com clareza o compromisso dos professores que construíram a UC com o projeto ético-político de consolidação/construção do SUS e com o papel que a Universidade tem, ou deveria ter, nessa direção, na perspectiva de contribuir para a superação da visão impregnada pelo neoliberalismo que predomina hoje no seio da universidade brasileira (Chauí, 2001). Somente assim será possível resgatar o papel social que a Universidade deve perseguir como a essência de sua razão de Ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREAZZA, R.; SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; SATO, W. N. S.; LACAZ, F. A. C. & PASCALICCHO, F. V. 2003. "O Desafio de Articular o Ensino de Graduação em Medicina com o Controle Social no SUS: a Experiência da Saúde Coletiva da Unifesp-EPM". In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, p. 368.
- BERBEL, A. N. A. 1998. "Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes Termos ou Diferentes Caminhos?". *Interface Comum Saúde Educ.* 2, pp. 139-154.
- BORDENAVE, J. D. & PEREIRA, A. M. O. 2000. "O que é Aprender". *Estratégias de Ensino Aprendizagem*. Petrópolis, Vozes, pp. 23-39.
- BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 8 out.
- BRASIL. 1990a. "Lei nº 8.080 de 19 set. 1990. Lei Orgânica da Saúde". *Diário Oficial da União*, Brasília.
- BRASIL. 1990b. "Lei nº 8.142 de 4 dez. 1990. Lei Orgânica da Saúde". *Diário Oficial da União*, Brasília.
- BRASIL. 2001a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina. Brasília (DF).
- BRASIL. 2001b. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Brasília (DF).
- BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudanças na Graduação em Saúde: AprenderSUS. Brasília (DF).
- BRASIL. 2005. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Série. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF).
- CAMPOS, J. J. B. 1999. "Como Abrir Caminhos para a Transformação do Ensino Médico no Brasil". *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 23, n. 2/3, pp. 11-26.

- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. & ROCHA, C. F. 2002. “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”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, n. 2, pp. 373-383.
- CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. 2004. “Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1400-1410.
- CECCIM, R. B. 2005. “Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n. 16, pp. 161-177.
- CHAUÍ, M. S. 2001. *Escritos sobre a Universidade*. São Paulo, Unesp.
- CYRINO, E. G. & RIZZATO, A. B. P. 2004. “Contribuição à Mudança Curricular na Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu”. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol. 4, n. 1, pp. 59-69.
- CYRINO, E. G. & TORALLES-PEREIRA, M. L. 2004. “Trabalhando com Estratégias de Ensino-Aprendizagem por Descoberta na Área da Saúde: a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, pp. 1013-1022.
- DELANDES, S. F. (org.). 2006. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FEUERWERKER, L. C. M. 2004. “Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina.” In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo, Hucitec/ABEM, pp. 17-39.
- FREIRE, P. 1996. *Pedagogia do Oprimido: Saberes Necessários à Prática Educativa*. 16ª ed. São Paulo, Paz e Terra.
- MARSIGLIA, R. G. 1995. *Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente-Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo, Hucitec.
- MACÊDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. & PINHEIRO, R. 2006. “Cenários de Aprendizagem: Inserção entre os Mundos do Trabalho e da Formação”. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESQ/Abrasco, pp. 229-250.

- MARINS, J. J. N. 2004. “Os Cenários de Aprendizagem e o Processo do Cuidado em Saúde”. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação Médica em Transformação Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo, Hucitec/ABEM, pp. 97-108.
- MERHY, E. E. 2005. “O Desafio que a Educação Permanente Tem em Si: a Pedagogia da Implicação”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n. 16, pp. 172-174.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). 2004. *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.
- PINHEIRO, R. & CECCIM, R. B. 2006. “Experenciação, Formação, Conhecimento e Cuidado: Articulando Conceitos, Percepções e Sensações para Efetivar o Ensino em Integralidade”. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESQ/Abrasco, pp. 229-250.
- PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M.; SATO, W. N. S.; ANDREAZZA, R.; LACAZ, F. A. C. & PASCALICCHO, F. V. 2003. “Formação de Conselheiros e Desafios para Efetivação da Participação e Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, p. 450.
- SPEDO, S. M.; ANDREAZZA, R.; PINTO, N. R. S.; LACAZ, F. A. C.; PASCALICCHO, F. V.; HAYAMA, E. T.; PONTES, R. H. P.; VENTURA, R. N.; PRADO, M. C., SATO, W. N. S. & OLIVEIRA, E. M. A. 2000. “Saúde Coletiva no Curso de Graduação de Medicina: o Desafio do Centro de Saúde Coletiva da Unifesp-EPM”. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 5, n. supl, p. 490.