



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

WALBERTO HERRERA MEDINA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS CURSOS
DE ESPECIALIZAÇÃO DO PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E
EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA SAÚDE DA FAMÍLIA - BAHIA**

Salvador
2007

WALBERTO HERRERA MEDINA

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS CURSOS
DE ESPECIALIZAÇÃO DO PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E
EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA SAÚDE DA FAMÍLIA - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de “Mestre em Saúde Comunitária”

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira

Salvador
2007

TERMO DE APROVAÇÃO

WALBERTO HERRERA MEDINA

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS CURSOS
DE ESPECIALIZAÇÃO DO PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E
EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA SAÚDE DA FAMÍLIA - BAHIA

Dissertação aprovada como um dos requisitos para obtenção do título de
“Mestre em Saúde Comunitária” pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Carmen Fontes de Souza Teixeira (Orientadora) _____
Doutora em Saúde Coletiva, ISC/UFBA, Prof. do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Teresinha Fróes Burnham _____
Doutora em Filosofia, University Southampton/Inglaterra, Prof. da Faculdade de
Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Marília Santos Fontoura _____
Doutora em Saúde Coletiva, ISC/UFBA, Prof. da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Salvador, 31 de julho de 2007

A

Gertrudis, minha mãe que, inocente e calada, sofreu minha ausência durante meu exílio.

Cleo, amiga e esposa, que me tem acompanhado sempre.

Sorel e Cindy, minhas filhas, pela coragem e tolerância.

A meu pai que junto a meus irmãos (Senho, Gladys, Hernando Arvelio, Orlando, Roberto e Dago) me deram exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

A Carmen Teixeira, minha orientadora que superando com paciência os ruídos gerados por meu português ruim, teve a vontade de conduzi-me pelo caminho da pesquisa.

A Helô, amiga e co-orientadora *ad hoc* que, nas sombras, me motivo e me ajudou a reencontrar o caminho

Aos amigos e colegas do Pólo de Capacitação Ana, Rosana, Guadalupe, Cristiane, Silvio, Tânia, Valeria, Wellintong, Luis, Julia e Roberta, por sua força, carinho e confiança.

A minhas amigas e amigos do FCCV, Bice, Luisa, Tânia C, Cristina, Cesar, pelo acolhimento, preocupação e carinho

A meus companheiros e irmãos brasileiros Chico e Tânia pela amizade, apoio e confiança.

A meus professores Jairnilson Paim, Carmen Teixeira, Vera Frost, Ceci Vilar, Roberto Sidnei

Aos amigos e colegas da REDPECT, em especial a Teresinha Fróes e Eliane Souza.

A todos meus colegas e amigos de turma, em especial a Mônica, Silvio, Ana, Daniela, Isa, Jeane, Claudina e Isadora.

A realização desta dissertação contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia –FAPESB, Convênio PGCC&TS Nº 009/2003.

“De um professor, espera-se que ele forme em seu aluno primeiro o homem sensato, depois o homem racional e, por fim, o douto”.

Immanuel Kant (1765)

RESUMO

A necessidade de mudança das práticas dos agentes da saúde, na procura dos profissionais requeridos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil, motivou, em 1997, o surgimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, como estratégia válida para a construção do sujeito das novas práticas. No presente trabalho, tomando o Pólo de Capacitação da Bahia como caso de estudo e, partindo do pressuposto que “o currículo determina o perfil dos egressos”, se descreve e analisa os cursos de especialização desenvolvidos pelo Pólo, tendo aos currículos implementados nesses cursos como objeto de estudo. Assim, apoiado nas teorias de currículo e nas diferentes teorias do conhecimento foi possível analisar os currículos no seu contexto político-institucional e revelar a importância da coerência da prática docente com a proposta curricular no sucesso da formação desses profissionais. Pois, embora o contexto demarcado pelas políticas públicas dos setores saúde e educação tenha sido favorável à estratégia dos Pólos, práticas docentes dissonantes com a proposta curricular dificultaram o bom desempenho dos currículos. De sorte que, de seis propostas curriculares coerentes com as políticas dos setores saúde e educação, apenas uma, aquela onde houve harmonia entre a proposta curricular e a prática docente, foi bem sucedida.

Palavras-Chave: currículo; formação; saúde da família.

ABSTRACT

It was the necessity of changes in health agents practices looking for the professionals the Health Unique System of Brazil demands that motivated the appearing of the Qualification, Formation and Permanent Education Poles, in 1997, as a valid strategy to construct the new practices subject. The present work takes the Bahia Qualification Pole as a study case and, with the presupposition that “the curriculum determines the profile of the egress”, it describes and analyses the Specialization Courses developed by the Pole, using their curriculum as study object. So, using the curriculum theories and the different knowledge theories, it was possible to analyses the curriculum in its politic and institutional context and reveals the importance of teacher practice and curriculum propose coherence for the success of these professionals qualification. It is because though the health and education public politics context was propitious for the Poles strategies, teacher practices and curriculum proposes with no coherence made difficult the success of curriculum. From the six curriculum proposes in coherence with health and education politics, only one was sucessful, that one with curriculum propose and teacher practice harmony.

Key Words: curriculum; formation; family health.

RESUMEN

La necesidad de cambio de las prácticas de los agentes de salud, en la búsqueda de los profesionales requeridos por el Sistema Único de Salud del Brazil, motivó, en 1997, la creación de los Polos de Capacitación, Formación y Educación Permanente como estrategia válida para la construcción del sujeto de las nuevas prácticas. En el presente trabajo, tomando el Polo de Capacitación de La Bahia como caso de estudio y, partiendo del presupuesto que “el currículo determina el perfil de los egresados, se describen y analizan los cursos de especialización desarrollados por el Polo, colocando los currículos implementados en esos cursos como objeto de estudio. Apoyado en las teorías sobre currículo y las teorías sobre el conocimiento fue posible analizar los currículos en su contexto político e institucional y revelar la importancia de la coherencia entre la práctica docente y la propuesta curricular en el éxito en la formación de esos profesionales. Pues, a pesar, que el contexto demarcado por las políticas de los sectores salud y educación fueron favorables a la estrategia de los Pólos, prácticas docentes discordantes con la propuesta curricular dificultarán el buen desempeño de los currículos implementados. De maneras que, de seis propuestas curriculares coherentes con las macropolíticas de los sectores salud y educación, a penas una, aquella donde hubo armonía entre la propuesta curricular y la práctica docente, fue exitosa.

Palabras clave: formación; currículo; salud de la familia

LISTA DE QUADROS

QUADRO Nº 01. OBJETIVOS CURRICULARES DOS CURSOS DO PÓLO	60
QUADRO Nº 2 OBJETIVOS CURRICULARES DOS CURSOS DO PÓLO	61
QUADRO Nº 3 CONTEÚDOS SELECIONADOS E FORMA DE ORGANIZAÇÃO	62
QUADRO Nº 4 CONTEÚDOS SELECIONADOS E FORMA DE ORGANIZAÇÃO	63
QUADRO Nº 5 ESTRATEGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM	64
QUADRO Nº 6 ESTRATEGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM	65

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 DESENHO DO ESTUDO	32
3.1.1 Opção teórico metodológica	33
3.1.2 Fontes e Meios de Verificação	34
3.1.2.1 Revisão Documental	35
3.1.2.2 A Oficina de Sistematização das experiências	35
3.1.2.3 As entrevistas	36
3.1.3 Plano de Análise	36
4 O PÓLO DE CAPACITAÇÃO FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PESSOAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA: CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	38
5 CURSOS IMPLEMENTADOS E DESENVOLVIDOS PELO PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PESSOAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA	45
5.1 CONTEXTO	47
5.2 CARATERIZAÇÃO DOS CURSOS	61
5.2.1 Estrutura Curricular	61
5.2.1.1 Objetivos/Perfil dos Profissionais	62
5.2.1.2 Conteúdos: Seleção e Organização	64
5.2.2. Estratégia de Ensino Aprendizagem	65
6 ANÁLISE	68
6.1 ANÁLISE DO CONTEXTO	68
6.2 ANÁLISE DOS CURRÍCULOS DOS CURRÍCULOS	70
6.2.1 O Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde	70
6.2.2 Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência	74
6.2.3 Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde	77
6.2.4 Curso de Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde	80
6.2.5 Curso Especialização em Saúde da Família – UFBA	82
6.2.6 Curso de Especialização em Saúde da Família – UESF	84
7 AJETÓRIA DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO POLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O PESSOAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA	87
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	102
ANEXOS	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CONSEMS** Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
- CPPG** Câmara de Pesquisa e de Pós-Graduação
- DIREs** Diretorias Regionais de Saúde
- DPS** Diretoria de Promoção à Saúde
- DVD-R** Digital Versatile Disc
- Inf.** informantes-chave
- ISC** Instituto de Saúde Coletiva
- LDB** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Brasil
- MIP** Momentos de Interação Pedagógica
- MIT** Momentos de Interação no Trabalho
- PBL** *Problem Basic Learning*
- PIT** Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
- REDEPECT/UFBA** Rede Cooperativa de Pesquisa em (In)formação, Currículo e Trabalho/Universidade Federal da Bahia.
- SESAB** Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
- SIAB** Sistema de Informação da Atenção Básica
- SILOS** Sistema Local de Saúde
- Son.** Sonido
- SUPECS** Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde
- SURAPS** Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção à Saúde
- SUS** Sistema Único de Saúde
- UNEB** Universidade Estadual da Bahia
- UNI-Bahia** Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais da saúde em união com a comunidade
- UCSAL** Universidade Católica de Salvador
- UESB** Universidade Estadual de Sudoeste da Bahia
- UESC** Universidade Estadual de Santa Cruz
- UESF** Universidade Estadual de Feira de Santana
- UFBA** Universidade Federal da Bahia
- UFRJ** Universidade Federal de Rio de Janeiro
- UNESA** Universidade Estácio de Sá

INTRODUÇÃO

A ineficiência dos sistemas de saúde, na segunda metade do século passado, evidenciou a crise da saúde em países da Europa e na América, gerando, para alguns governos, a necessidade de introduzir mudanças no sistema sanitário. Tais mudanças buscaram dar conta do paradoxo entre os altos custos na prestação dos serviços e o baixo impacto dos serviços na melhoria dos níveis de saúde da população. (MENDES, 1996; TEIXEIRA, 2001)

No caso do Brasil, o agravamento da crise da saúde, nos anos 70, propicia o surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária. Os serviços de saúde insuficientes e divididos em públicos, filantrópicos e privados tinham sido impotentes para superar a crise na saúde. Diferente do acontecido em vários países da América Latina quanto à forma de implementação das mudanças no sistema de saúde, a Reforma Sanitária Brasileira foi resultado de um longo movimento em defesa da democracia e dos direitos sociais, ou seja, surgiu da luta do movimento sanitário que, a partir do movimento social, procurava a melhoria das condições sociais no país. (MENDES, 1996; PAIM, 2002)

O Movimento pela Reforma Sanitária, influenciado por grandes decisões no âmbito internacional, em prol da saúde pública¹, conflui na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que, com a ampla participação dos setores sociais do país, reconheceu a '*Saúde direito de todos e dever do Estado*'. (PAIM, 2002)

A VIII CNS, acontecimento tido como o marco da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (MENDES,1993), além de reconhecer a saúde

¹ A década de 70 se caracterizou por grandes movimentos em favor da saúde pública no mundo: Relatório Lalonde, em 1974, define as bases da Promoção da Saúde; em 1977 na Assembléia Mundial de Saúde, promulga-se a Meta Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT/2000) e em 1978 na Conferência Internacional de Alma Ata, declara-se a Atenção Primária à Saúde como estratégia para alcançar a meta (PAIM, ALMEIDA FILHO 2000).

como direito do cidadão, propôs a construção de um sistema único de saúde descentralizado e democrático. A proposição, discutida e aprovada pela Assembléia Nacional Constituinte de 1988, deu origem ao artigo 196 da Constituição Federal onde se estabeleceram as bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, posteriormente, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990.

Apesar de que as LOS formalizaram o SUS, a construção deste apenas foi efetivada com o desenvolvimento das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93 e a NOB 96), que passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na Constituição e na legislação do SUS. (LEVCOVITZ *et al*, 2001)

As NOBs, embora direcionassem o processo de municipalização e descentralização político-administrativa do SUS, em seus efeitos individuais refletiram as tensões e debates entre as forças conservadoras (neo-liberais) e as forças progressistas presentes no processo de construção do SUS. Porquanto a NOB 01/91 e as portarias publicadas em 1991 e 1992 tentam centralizar a receita tributária e privilegiar as ações de assistência médica perante as ações coletivas na contra mão do proposto pelas LOS, a NOB 01/93, influenciada pelas conclusões da IX CNS, retoma o cumprimento do estabelecido na constituição e na Lei. (LEVCOVITZ *et al*, 2001)

A IX CNS, além de criar condições para o processo de descentralização, também criou condições para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, o qual vem a dar continuidade ao trabalho realizado pelo Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), iniciado em 1991. Segundo Paim (2002 p. 337) “não obstante certos avanços no plano legal e da gestão, persistiam as dificuldades de os sistemas de serviços de saúde modificarem o atendimento prestado” aos usuários, portanto, era necessário a procura de estratégias de mudanças na assistência da saúde da

população, ou seja, precisava-se de um novo modelo assistencial, assunto que, na época, tinha ficado em segundo plano nas discussões.

A observação das diversas formas de assistência à saúde no país possibilitou a reflexão tanto das práticas de saúde quanto dos modos de intervenção nos problemas e necessidades em saúde, particularmente no que faz referência à organização dos serviços e à utilização tecnológica, permitindo identificar distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde surgidas em diferentes momentos da história do setor. Tais formatos de intervenção se expressaram nas campanhas sanitárias do início de século XX; no denominado modelo médico-assistencial privatista, que se tornou hegemônico a partir da década de 70; nos programas especiais e nas ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária surgidos na mesma época. (TEIXEIRA et al, 2002; PAIM, 2002, 2003b)

Nesse sentido, o debate sobre as alternativas aos modelos hegemônicos (assistencial sanitarista e médico-assistencial privatista), conduziu à formulação de propostas que redefinem as práticas sanitárias, a exemplo da proposta da oferta organizada e da vigilância da saúde. (PAIM 2003b; MENDES,1996) Essas propostas, além de combinar recursos e tecnologias que se estruturam em função dos problemas e necessidades de saúde da população, redefinem as práticas de saúde vigentes. Nesse sentido, a redefinição das praticas visariam a construção de um modelo assistencial que, na organização da sua oferta, “[...] articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde”. (TEIXEIRA et al, 2002, p 34)

Assim, atores institucionais, aproveitando a nova conjuntura propiciada pela IX CNS e os avanços na política de descentralização das ações propiciados pela NOB 01/93, como também, o reconhecimento da experiência de Niterói como plena de êxito quanto à assistência da saúde da família, perceberam o Programa Saúde da Família (PSF) como indutor no modelo assistencial. (PAIM, 2002)

O PSF é operacionalizado mediante a implantação de uma série de equipes multiprofissionais, que, atuando numa área geográfica delimitada, responsabiliza-se pelo acompanhamento de 3.000 a 4.500 pessoas. Essas equipes, compostas no mínimo por um enfermeiro, um médico de família (um dentista quando ampliada) e seis agentes comunitários de saúde, desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenções, diagnóstico, recuperação e manutenção da saúde da comunidade. (BRASIL, 2007a)

O PSF, inicialmente apresentado, apenas, como Programa para reforçar o trabalho realizado pelo PACS, a partir de 1997, passa a ser a Estratégia que reorganizaria as ações de saúde na atenção básica. Em 2003, com a criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o Governo incrementou a quantidade de equipes, de sorte que, de 19 mil equipes de saúde da família implantados no ano 2003, passou até a 27.264 equipes em abril de 2007. (BRASIL, 2007b)

Desse modo, como afirma Paim (2002), a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), concretizada na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), não se circunscreveu a formular uma proposta que procurasse diminuir custos, pelo contrário, propôs mudanças que passavam pela democratização da sociedade, do Estado, de seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, em última análise, a reorganização das práticas da saúde.

Em conseqüência disso, propõe-se a formação de profissionais condizentes com as novas práticas, ou seja, profissionais com competências gerais referentes à atenção à saúde, tanto na recuperação, quanto na prevenção de doenças e na promoção e controle de risco na saúde; também, com competências na tomada de decisões, na comunicação, na administração e no gerenciamento, e na educação permanente. (BRASIL, 2000; XAVIER, 2002)

Ao contrário do perfil profissional requerido pela implementação de novas práticas, o perfil profissional predominante favorece a manutenção e a recriação do modelo hegemônico que sempre privilegiou uma prática médica curativa, individual, especializada e orientada para a lucratividade.

No entanto, é sobre este tipo de perfil, sustentado pelo modelo hegemônico, que deverão ser desenvolvidas as novas práticas de saúde propostas pelos modelos alternativos. E esta mudança fica comprometida, se se leva em conta que as práticas pedagógicas realizadas no âmbito do sistema formador de profissionais da saúde está, ainda, voltada à reprodução do modelo vigente.

Assim, materializar as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde constitui-se num grande desafio, na medida em que exige imprimir mudanças, tanto na prática dos profissionais da saúde, quanto na prática dos formadores desses profissionais.

O perfil profissional requerido para a implantação e consolidação dos modelos alternativos é aquele que consiga lidar com a subjetividade e a diversidade moral e cultural das pessoas e seja capaz de interagir com o indivíduo e seu meio ambiente; de trabalhar em equipe e pensar positivamente na saúde da população. (BRASIL, 2003)

Nessa perspectiva, os processos de formação exigem, não apenas a adoção de metodologias ativas para o processo ensino/aprendizagem, mas, também, introduzir conteúdos pertinentes aos propósitos das mudanças, coerentes com a qualidade do novo profissional que se deseja formar. Conteúdos que possibilitem apropriar-se do conceito ampliado de saúde e da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da integralidade da atenção ao indivíduo, à família e à coletividade, em seu contexto social.

Nessa linha, os profissionais demandados pelo Programa de Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia privilegiada para imprimir mudança na organização dos serviços de saúde e no modelo de atenção,

[...] devem ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, através de uma prática tecnicamente competente e humanizada, valorizando o saber popular de forma sincronizada com o saber técnico. (BRASIL, 2000, p.5)

O propósito é reforçado pelo Ministério da Educação, nas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, quando afirma que

[...] a área da saúde requer profissionais com competências gerais referentes à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e ao gerenciamento, e à educação permanente. (XAVIER, 2002, p. 11)

Estudos mais recentes vêm afirmando que o novo perfil do profissional da saúde depende, em grande parte, da instituição formadora. Segundo autores como Silva (2004) e Saviani (2003), a formação do perfil profissional é dada pelo currículo, ou seja, segundo estes autores, a identidade dos sujeitos submetidos a um processo de ensino-aprendizagem está, em grande parte, determinada pelo currículo implementado.

Portanto, o novo perfil dos profissionais da saúde estaria dependendo de um outro currículo. Um currículo diferente do predominante, organizado por conteúdos que subsidiem os profissionais a ter uma visão integral dos sujeitos, da família e da comunidade objeto de intervenção.

A mudança do perfil ocupacional dos diversos profissionais que atuam nas equipes foi procurada através do desenvolvimento de processos de formação e educação permanente. Assim, o Ministério da Saúde a partir de algumas experiências locais, em 1998, propôs a criação dos Pólos de Capacitação e Formação Permanente para Pessoal da Saúde da Família.

Estes Pólos foram a estratégia oficial para o enfrentamento dos problemas da formação de profissionais (XAVIER, 2002), que se transformou na criação de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que atualmente procuram o fortalecimento dos processos de articulação e parceria entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior, para o desenvolvimento de recursos humanos mais adequados às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora hoje os Pólos sejam pensados como espaço de articulação interinstitucional das redes de ensino e de serviços, gestores municipais e estaduais e órgãos de controle social (BRASIL, 2003), em seu início, foram criados para permitir, apenas, uma aproximação ensino e serviço, na definição de demandas e estratégias de capacitação voltadas para o pessoal atuante no PSF. (NORONHA, 2002)

[...] eles têm como tarefa principal a transformação dos profissionais atuantes no mercado, estariam servindo também como porta para uma ação estratégica junto às escolas, no sentido de incentivar as necessárias mudanças na graduação universitária. (XAVIER, 2002, p. 13).

Essas mudanças deveriam resultar na formação de profissionais mais aptos ao desenvolvimento das ações de saúde dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade das áreas de atuação das equipes de Saúde da Família, principalmente no que se refere às ações estratégicas mínimas priorizadas para a atenção básica: saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, controle da hipertensão arterial e diabetes, controle da tuberculose e erradicação da hanseníase. (BRASIL, 2003)

Mas devem elas, também, estimular práticas que focalizem a integração entre as abordagens coletiva e individual; a articulação das técnicas do planejamento com o conhecimento da epidemiologia e das ciências sociais, e, desta forma, desenvolver ações que possibilitem a abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde da população.

Com essa intenção, no País, foram criados 30 pólos distribuídos por todos os estados (NORONHA, 2002). No caso da Bahia, o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal do Programa de Saúde da Família, onde se insere o objeto do presente estudo, foi criado sob a lógica de definição das demandas e das estratégias de capacitação das instituições de ensino e de serviços.

A partir dessa lógica, instituições de ensino e de serviços, integrantes do Pólo da Bahia, identificando a necessidade de formar profissionais de saúde com um novo perfil, desenvolveram uma série de cursos, em especial cursos de especialização para profissionais da área.

Contudo, e apesar dos dez anos da criação do Pólo da Bahia, são poucos os estudos que têm tomado os seus cursos como objeto de estudo. Segundo levantamento feito por mim, apenas três estudos relacionam-se ao Pólo, porém, nenhum deles estuda o processo de formação dos profissionais da saúde do ponto de vista do currículo.

Por isso considero importante investigar a proposta curricular desenvolvida pelo Pólo da Bahia para mudança do perfil profissional e das práticas dos profissionais egressos dos cursos. Considerando o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família da Bahia como a estratégia oficial do Estado para a “transformação” da prática de saúde dos profissionais inseridos nesse Programa, cabe investigar a proposta curricular dos cursos desenvolvidos pelo Pólo. Isto porque, assumo, concordando com Silva (2004), que o “currículo” é o artefato com poder suficiente para configurar um dado perfil profissional e, nesse sentido, é possível pensar que o currículo dos cursos do Pólo pode induzir mudanças no perfil profissional pré-existente, contribuindo para a formação do sujeito das novas práticas.

Nesse sentido, cabe a questão: **Os conteúdos, metodologias e práticas do desenho curricular implementado pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal da Saúde da Família da Bahia, no período 1997 – 2003, direcionaram ou não a formação de profissionais de saúde para o perfil requerido pela estratégia de Saúde da Família?**

O objetivo geral deste estudo é analisar o currículo implementado nos cursos de especialização em saúde da família do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família da Bahia, no período de 1997-2003. Como objetivos específicos, descrever, a partir dos componentes curriculares, os cursos desenvolvidos pelo Pólo, contextualizando-o institucional e politicamente e analisar se os currículos desenhados e desenvolvidos pelo Pólo de Capacitação possibilitam a formação de profissionais capacitados para execução das práticas preconizadas pela estratégia da Saúde da Família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Procurar os fundamentos teóricos que ajudassem a compreender o objeto do estudo e contribuíssem para interpretar os resultados da pesquisa, constitui-se um grande desafio, dado que a análise de currículos localiza-se num ponto de confluência de diversos campos disciplinares.

Para tentar enfrentar tal desafio, fiz uma revisão da literatura sobre este campo, recorrendo, fundamentalmente, a quatro autores que abordam o tema de currículo, a partir de aspectos diferentes, mas complementares. Um deles é o professor Tomaz Tadeu da Silva², que discute o processo evolutivo das teorias sobre currículo; o segundo é o professor Roberto Sidnei Macedo³ que, a partir dos pensamentos complexos e multirreferencial desenvolvidos por Edgar Morin e Jacque Ardoino, respectivamente, discute o dever ser do currículo; o terceiro deles é a educadora Hilda Taba⁴ que descreve os elementos do currículo; e o quarto é a socióloga Neise Deluiz que, a partir das teorias do conhecimento desenvolvidas pela psicologia, discute o currículo do ponto de vista do modelo das competências.

Silva (2004) inicia a discussão questionando a pertinência ou não do conceito *teorias de currículo* que ele preferiu chamar de *discursos de currículo*, pois apenas refletem como, em diferentes momentos, o currículo tem sido definido. Apesar desta advertência, Silva (2004) acaba usando a palavra *teoria* por considerá-la muito difundida e, portanto, difícil de ser abandonada.

Acrescenta o autor, Silva, que, assumindo-se o termo teoria, poupar-se-ia a necessidade de definir o termo currículo, pelo que sua abordagem do currículo é mais histórica que ontológica. Ele prefere saber a

² Professor do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Professor do Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Educação da UFBA, doutor, Paris VIII, França, -Currículo e Formação docente.

⁴ Doutora em filosofia da Universidade de Columbia, consultora em currículo em vários sistemas.

que questões uma teoria de currículo busca responder, e quais questões identificam as diferentes teorias ou discursos de currículo, em vez de procurar saber o verdadeiro ser do currículo. (SILVA, 2004)

A partir da resposta à questão central “o que ensinar”, segundo o autor, foram identificados três grupos de teorias: no primeiro grupo, estão as teorias que concentram seus esforços em como ensinar “o que já está definido na sociedade”, isto é o *status quo*; no segundo grupo, estão aquelas que, não contentes com a situação de injustiça e desigualdade social, concentram seus esforços em identificar “o que ensinar”, e, finalmente, no terceiro grupo, estão as que tampouco estando contentes com o *status quo*, não só se limitariam a responder “o que ensinar”, mas também demonstram estarem mais interessadas na “participação igualitária” dos diferentes segmentos da sociedade. (SILVA, 2004, p.135)

As teorias localizadas no primeiro grupo são conhecidas, segundo o autor, como teorias tradicionais de currículo. Estas não se preocupam em dar resposta ao que ensinar, pois partem do pressuposto de que o que está dado é inquestionável. Sua preocupação seria pelo “como ensinar” o que está dado na sociedade.

As teorias tradicionais de currículo fundamentam-se nos postulados dos norte-americanos Bobbit, Tyler e Taylor. Em 1918, Bobbit escreve sobre currículo, em período crucial da educação estadunidense, justamente em um momento de massificação da educação, de preocupação com a identidade nacional, como resultado das sucessivas ondas de migração e do progresso da crescente industrialização e urbanização do país. Apoiando-se no modelo organizacional proposto por Frederick Taylor, para Bobbit, o modelo educacional deveria ser tão eficiente quanto o de qualquer outra empresa. (SILVA, 2004)

Os esforços desses pensadores estavam centrados no desenvolvimento e na organização da produção, da economia, sobretudo

porque a crescente industrialização do país assim o demandava. Deste modo, as preocupações das teorias tradicionais estavam mais focalizadas no como manter esse estado de coisas, do que em transformá-lo, e seus esforços centravam-se no *como fazer* o currículo, de sorte que os conceitos enfatizados por estas teorias eram: aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência e objetivos. Tais conceitos não questionam a ordem estabelecida na sociedade, apresentando-se como neutros, científicos e desinteressados. Em conseqüência, os conteúdos estariam relacionados com os conceitos que reproduzem o modelo econômico, político e social dominante. (SILVA, 2004)

Em contrapartida, as teorias de currículo que desconfiavam do *status quo* foram teorias surgidas na década de 60 do século passado, época de grande agitação social, particularmente na literatura educacional, como foi o chamado “movimento de reconceptualização curricular”, que emergiu nos Estados Unidos, e o movimento da “nova sociologia da educação”, na Inglaterra. Estes movimentos estavam apoiados tanto em teóricos não marxistas – os sociólogos franceses Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron – quanto em pensadores marxistas, como Louis Althusser, Gramsci, Michael Apple e Henry Giroux. (SILVA, 2004)

As teorias contrárias às teorias tradicionais sobre currículo não apenas estavam interessadas em como fazer o currículo, mas também em compreender o que o currículo faz. Em conseqüência, preocupavam-se em enfatizar conceitos que geravam consciência de classe, que discutiam as relações de poder, problematizavam o cultural e o social, abordavam conceitos sobre ideologia, capitalismo, relações sociais de produção, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência, ou seja, assuntos que identificavam a dinâmica social. (SILVA, 2004)

Por sua parte, as teorias pós-críticas, surgidas como produto da mobilização dos grupos culturais dominados, nos países do Norte, que lutavam pelo reconhecimento de cultura nacional, centravam seu foco,

fundamentalmente, nos aspectos do multiculturalismo, no qual destacavam, por um lado, a perspectiva humanista que, em nome de uma humanidade comum, apela para o respeito, a tolerância e a convivência pacífica entre as diferentes culturas e, por outro, a perspectiva mais crítica, a qual, em desacordo com a perspectiva humanista, considerava que as diferenças culturais não podem ser concebidas separadamente de relações de poder. (SILVA, 2004)

Nesse sentido, na classificação apresentada por Silva (2004, p. 17), no quadro das teorias pós-críticas se abordariam conceitos relativos a “[...] identidade, alteridade, diferença, subjetividade, representação, cultura, saber-poder, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo”.

Na realidade, essas teorias discorrem sobre um determinado currículo, num determinado momento histórico, quer dizer, discursam sobre a interpretação de currículo naquele momento. Isto nos ajuda a identificar sinais ou tendências dos currículos em estudo, quanto a uma determinada teoria, porém não ajuda a caracterizar *o objeto de estudo, o currículo*.

É justamente Macedo (2002) que, recorrendo aos pensamentos complexos de Edgar Morin e ao pensamento multirreferencial de Jacques Ardoino, entende que o currículo é terreno fértil para a constituição de uma teoria educacional mais ampliada, na medida em que permite a interação de um coletivo de sujeitos (professores e alunos) tanto no espaço formal quanto no espaço informal.

Essa significação do ser do currículo contribui para entender melhor o objeto de estudo em questão. Apesar de, nos outros textos pesquisados, não se ter achado, de maneira explícita, uma definição do termo currículo, pôde-se perceber que autores como Taba (1974), Macedo (2002), Saviani (2003), Silva (2004) não obstante tenham pontos de vista diferentes neste campo, coincidem em identificar o *currículo* como o produto de uma seleção da cultura, que inclui avaliação, organização, distribuição e aplicação de conteúdos, entendendo estes últimos, não apenas como o conjunto de

conhecimentos científicos e saberes organizados numa grade curricular, mas também como a ligação dos conhecimentos científicos e saberes com a didática.

Em relação ao dever ser do currículo, Macedo (2002) faz advertências das reduções pedagógicas. Criticando a linearidade do currículo da época moderna, assinala que, desde finais do século XVI, quando holandeses e escoceses foram influenciados pelo movimento protestante calvinista, foram traçadas *trajetórias* e *itinerários* para o currículo. A partir dessas diretrizes, vem-se mantendo, nos discursos dos *experts* da educação, esta tendência linear e fechada do currículo.

A preocupação deste autor não se limita, apenas, ao planeamento da trajetória e do itinerário que o currículo deve seguir. A questão central estaria, segundo Macedo (2002), na redução da ação do currículo, apenas, ao traçado na trajetória e no itinerário, ou seja, o currículo fechado à interação com o meio, que se mantém fiel aos lineamentos dos objetivos curriculares cuidadosamente desdobrados em ações, e atividades invariáveis.

Contrário a esse hábito na organização do currículo, o autor citado considera que o currículo deveria ser aberto.

Um currículo aberto, ético-politicamente afetado pelos acontecimentos, é um currículo que se politiza, na medida que acolhe, reflexivamente, os movimentos contraditórios do real; vive a dialogicidade e a dialeticidade da realidade [...] sempre disponibilizado a acolher o acontecimento e seu caráter desestruturante-estruturante, na organização e implementação dos saberes em articulação, onde o homem em educação continuada seria sempre a principal inquietação. (MACEDO, 2002, p. 61- 62)

Além de considerar a relação do currículo com o meio externo, outro aspecto interessante a considerar é sua composição interna. Assim, segundo Taba (1974), para que o currículo constitua-se num plano de aprendizagem, tanto seu conteúdo quanto os processos de ensino devem ser organizados de modo que permitam atingir os objetivos educacionais.

Nesse sentido, na organização da estrutura curricular, não apenas deve haver a preocupação pela seleção dos conteúdos curriculares, senão, também em indicar a seqüência destes pois, segundo Taba (1974, p. 381), “[...] um conteúdo caótico não contribui para o alcance dos objetivos⁵”. Em geral, os princípios da seqüência sugerida pela autora vão do simples e concreto até o complexo e abstrato.

Esta seqüência na organização dos conteúdos imprime certa linearidade ao currículo, questão considerada por Macedo (2002) propícia para o fechamento do currículo, sobretudo quando não se estabelece o dialogo entre este e o meio.

Segundo Taba (1974), na forma como se organize o conteúdo, pode se enfatizar o processo de ensino aprendizagem ou a exposição dos conteúdos. A autora afirma que, quando a ênfase está centrada na exposição dos conteúdos, como no currículo por disciplinas, a suposta lógica da disciplina determina, em grande medida, a ordem de exposição. Nesse sentido, a autora descreve quatro tipos de seqüências identificadas por outros autores:

[...] a primeira é a que avança do simples até o complexo [...] a segunda segue uma ordem explicativa baseada em aprendizagens prévias necessárias [...] a terceira forma de exposição opera desde o todo até as partes [...] o quarto tipo é cronológico. (TABA, 1974 p. 384-385)

Pelo contrário, quando a preocupação do currículo é o processo de aprendizagem e não a exposição de conteúdos, o sentido da seqüência segue outra lógica, por exemplo, partir de experiências de aprendizagem para dominar uma determinada conduta: assimilar um conceito abstrato, desenvolver um método para resolver problemas, apreender um método de pesquisa etc. (TABA, 1974 p. 385)

Em referência à avaliação, Taba considera a avaliação parte inseparável do currículo. Para a autora, a avaliação deve medir o cumprimento

⁵ Traduzido pelo autor

dos objetivos curriculares e não apenas medir o progresso dos alunos em relação aos parâmetros estabelecidos pela escola. (TABA, 1974)

Nessa linha, outros autores (BORDENAVE, 1998, BLAYA 2004, RESENDE, 2007) identificam diferentes tipos de avaliação. Segundo Blaya existem pelo menos quatro tipos de avaliação: Avaliação Formativa, Avaliação Somativa, Avaliação Diagnóstica e a Avaliação Emancipadora.

A avaliação Somativa, tem como objetivo representar um sumário, uma representação concentrada de resultados obtidos numa situação educativa [...] a Avaliação Formativa é a forma de avaliação em que a preocupação central reside na coleta de dados para reorientação do processo de ensino-aprendizagem [...] Avaliação Diagnóstica tem dois objetivos: identificar as competências do aluno e adequar o aluno num grupo ou nível de aprendizagem [...] a Avaliação Emancipadora utiliza-se do senso de autocrítica e autodesenvolvimento do aluno, através de instrumentos como a auto-avaliação, a co-avaliação. (BLAYA, 2004, p. 1-2)

De sorte que o tipo de avaliação adotado pelo currículo constitui um indicador seguro da filosofia que orienta o processo ensino-aprendizagem do currículo. Por exemplo, os currículos que privilegiam a avaliação somativa, atribuem ao aluno a responsabilidade de seu êxito ou de seu fracasso, quer dizer, não questionam o currículo quanto o progresso do aluno. (BLAYA, 2004)

Considerando que o desenho curricular não apenas se preocupa pelo “que ensinar”, mas também pelo “como ensinar” e “como aprender”, tem-se recorrido a autores como Piaget que, apesar de não ter desenvolvido uma teoria do processo de ensino-aprendizagem, formulou referências claras para muitos teóricos da Psicologia (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 1988). Piaget assinalou que as pesquisas psicológicas acerca do desenvolvimento da inteligência e das estruturas cognitivas, nos últimos anos, progrediram, mas permanecem distribuídas em três direções cujos significados são bastante diferentes no que diz respeito às **aplicações pedagógicas**. (PIAGET, 2002)

Uma das três direções, fiel às tradições anglo-saxônicas, continua orientada para *um associacionismo empirista*, o que reduziria todo conhecimento a uma aquisição exógena, a partir da experiência ou das

exposições verbais ou audiovisuais dirigidas pelo docente. (TABA, 1974; ROSCHKE, 1997; PIAGET, 2002)

Segundo essa abordagem, o papel da escola ou do ensino é supervalorizado, com o professor ou mediador como dono do saber e o aluno como um receptáculo vazio. Isto é, para Paulo Freire, a visão “bancária”. É necessário observar que, neste paradigma, a aprendizagem é confundida com memorização de um conjunto de conteúdos desarticulados, conseqüência da transmissão de informação descontextualizada. (FREIRE, 1987; REGO, 2002)

A segunda abordagem é a *inatista*, a qual se caracteriza por um retorno inesperado aos fatores do inato e da maturação interna, explicando que, sendo assim, a educação se reduziria a uma razão já preformada. (PIAGET, 2002)

Os postulados inatistas podem, assim, servir para justificar práticas pedagógicas espontaneístas, pouco desafiadoras, que quase sempre subestimam a capacidade criativa do aluno, na medida em que seu êxito ou fracasso depende de suas qualidades inatas, talento, dom ou maturidade. Reduzem, em conseqüência, o valor da educação e o papel do professor ou mediador. (REGO, 2002)

A *terceira abordagem*, a qual o autor, Piaget, defende, é de *natureza construtivista*, isto é, sem pré-formação exógena (empirismo) ou endógena (inatismo), por contínuas ultrapassagens das elaborações sucessivas, o que, do ponto de vista pedagógico, leva incontestavelmente a dar toda ênfase às atividades que favoreçam a espontaneidade do discente. (PIAGET, 2002)

Dentro da abordagem construtivista, podemos incluir a *pedagogia da problematização*, a qual parte do princípio de que

[...] num mundo de mudanças rápidas e profundas, o mais importante é aumentar a capacidade do indivíduo para detectar os problemas reais e para buscar solução original e criativa. Os conhecimentos ou idéias, os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, não devem ser os aspectos fundamentais. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade. O diálogo e a participação são vistas na ação transformadora das condições de vida. (BRASIL, 1983, p. 68)

A concepção problematizadora é desenvolvida por Freire (1987), ao criticar a pedagogia da transmissão do conhecimento, chamada por ele “educação bancária”. Sua crítica fundamenta-se na contradição implícita nesta pedagogia, pois a “educação bancária” sugere uma dicotomia inexistente ser humano-mundo; ela observa o indivíduo no mundo sem interagir com ele, ou seja, desconhece a relação direta entre o ser humano e o meio, entendendo o meio como todo o existente, inclusive o indivíduo e suas relações com os outros.

Para finalizar esta fundamentação, tem-se recorrido aos aportes da socióloga Neise Deluiz⁶, que aborda a discussão sobre o currículo a partir do modelo das competências e sua relação com as teorias do conhecimento – matrizes epistemológicas que orientam a identificação, definição e construção do modelo.

Segundo Deluiz (2001), o modelo das competências surge como resposta do capital à crise estrutural do capitalismo na década dos anos 70 do século passado.

O currículo por competências tem como objetivo racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho às necessidades da acumulação de capital. Valoriza os altos níveis de escolaridade, a mobilização do trabalhador e seu compromisso com a empresa, pelo que instiga o profissional à procura de sua qualificação na perspectiva do mercado de trabalho. (DELUIZ, 2001)

⁶ Mestre e Doutora em Educação pela UFRJ. Professora do Mestrado em Educação da Universidade Estácio de Sá (UNESA).

A crise econômica e o triunfo da política neoliberal levam ao ajuste dos currículos às demandas do mundo do emprego. Nessa perspectiva, na América Latina, o modelo surge expressando-se nas reformas educacionais.

A reforma implementada no Brasil a partir da lei 9394/96 (LDB) e, a seguir, nos dispositivos de regulamentação no que se refere à educação profissional [...] e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, assume como concepção orientadora o modelo das competências. (DELUIZ, 2001, p. 8)

Segundo esta autora, a fundamentação teórico-conceitual do modelo que não apenas se importa com a posse dos saberes disciplinares, mas também com a capacidade cognitiva de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar imprevistos ancora-se nas matrizes condutivista, funcionalista, a construtivista e crítico-emancipatória. (DELUIZ, 2001)

A matriz condutivista/behaviorista guarda forte relação com o objetivo de eficiência social, pois, partindo historicamente dos desempenhos bem sucedidos, constrói o modelo das competências. Na prática, a análise condutivista parte das pessoas que realizam bem seu trabalho de acordo com os resultados esperados.

Por sua parte a matriz funcionalista, baseada no pensamento funcionalista da sociologia, toma como método a teoria de sistema e a análise é feita relacionando, não apenas o sistema em si, mas também a sua relação com o entorno. Esta matriz se caracteriza pela ênfase na descrição dos produtos e não dos processos. (DELUIZ, 2001)

Tanto a matriz condutivista/behaviorista quanto a funcionalista têm uma perspectiva economicista, individualizadora, descontextualizada e a-histórica, limitam o currículo e estreitam a formação do trabalhador, pois estão estritamente ligadas à ótica do mercado. (DELUIZ, 2001)

Por sua parte, a matriz construtivista, apoiada na metodologia de investigação que combina pesquisa/ação com reflexão/ação, identifica a relação entre as atividades do trabalho e os conhecimentos incorporados, de modo que se possa compreender a relação competência/contexto em seus processos de construção e evolução. (DELUIZ, 2001)

A abordagem construtivista na construção das competências também leva em conta o desempenho no mercado,

[...] mas concede igual importância às percepções e contribuições dos trabalhadores diante de seus objetivos e potencialidades, em termo de sua formação. Diferentemente dos enfoques condutivistas, que tomam como referência para a construção das competências os trabalhadores mais aptos [...] um dos princípios desta abordagem é a busca do coletivo [o trabalho em equipe] (DELUIZ, 2001, p. 17).

Por fim, a matriz crítico-emancipatória, segundo Deluiz (2001) ainda em construção, tem seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético. Considera a noção de competências como multidimensional, envolvendo facetas que vão do individual ao sociocultural, situacional e processual. Nesse sentido, as competências para esta matriz estão ancoradas em dimensões macro-socioculturais de classe social, gênero, etnias e grupos geracionais.

A partir desses estudos, estou assumindo que o currículo é um plano para a aprendizagem, que medeia a construção da identidade dos sujeitos que recebem sua ação; que ele, além da interação de alunos, professores, administradores, família e comunidade, sempre é produto de uma seleção de conhecimentos aprovados pela sociedade, os quais, por sua vez, são organizados e implementados; e em sua implementação aplicam-se diferentes formas de abordagens pedagógicas as quais, por sua vez, fundamentam-se em uma determinada teoria do conhecimento. (FRÓES BRUGHAM, 1994)

O currículo dos cursos de especialização em Saúde da Família, nessa perspectiva, é válido e significativo na medida em que reflita o conceito

amplo de saúde, articulando o conhecimento sistematizado à vivência do coletivo de sujeitos que o constituem e à multiplicidade de referenciais de leitura e compreensão da sua prática (experiências cotidianas, filiação religiosa, participação política).

A partir dessa discussão, assumi, como hipóteses orientadoras do estudo:

Que a seleção dos conteúdos do currículo dos cursos em estudo, mesmo sendo produto de uma ação consciente dos organizadores, visando a construção de um perfil profissional voltado aos interesses do Programa de Saúde da Família, pode estar influenciada pelo conjunto de teorias de currículo historicamente existentes, portanto, os conteúdos desses currículos podem comportar expressões tanto dos currículos tradicionais, quanto das teoria críticas e pós-críticas.

Quanto à metodologia de implementação desses conteúdos, pode-se prever a possível coexistência de modelos pedagógicos tradicionais e inovadores, isso como resultado das tensões entre os que desejam mudanças no processo de ensino aprendizagem e os que resistem a tais mudanças perpetuando o *status quo*.

Em conseqüência, o tipo de currículo que se espera descobrir não será “exclusivo” de uma determinada teoria de currículo, como tampouco, será “exclusivo” de uma determinada teoria de conhecimento.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo parte do pressuposto de que o desenho e a prática curricular afetam diretamente a formação dos profissionais de saúde. E que esse desenho e essa prática, por serem históricos, estão submetidos aos contextos nos quais estão inseridos.

Diante desse pressuposto, e para o alcance dos objetivos da pesquisa, optei pelo estudo de caso e defini, a partir da abordagem de currículo trazida por Macedo (2002) e Taba (1974), as categorias analíticas que orientaram a ida ao empírico e a análise dos dados. Utilizei, também, o recurso metodológico da sistematização de experiências, desenvolvido por Souza (1997), Ghiso (1998) e Barnechea (1998). Este recurso traz ferramentas que permitem resgatar a historicidade dos processos de forma contextualizada, tomando a realidade de forma mais global, permitindo que os atores expressem o conhecimento ainda não refletido.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo toma como unidade de análise os cursos de longa duração, com carga horária mínima de 360 horas. São cursos de especialização *lato sensu*, realizados pelo Pólo de Capacitação da Bahia, no período de 1997 até 2003. A opção pelos cursos de longa duração foi assumida por se tratar de cursos que têm como propósito a formação de profissionais de saúde, por atuarem na atenção básica, especialmente na saúde da família.

O foco do estudo são os currículos implementados nos seis cursos *lato sensu* desenvolvidos e aprovados pelo o Colegiado do Pólo de Capacitação da Bahia⁷.

⁷ Os cursos de especialização desenvolvidos pelo Pólo de Capacitação da Bahia no período de 1997 a 2003 foram: Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde, Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência, Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde, Especialização em Saúde da Família – para

3.1.1 Opção teórico metodológica

As ferramentas para a ida ao empírico tinham o propósito de identificar se os currículos desenhados e desenvolvidos pelo Pólo de Capacitação da Bahia possibilitam a formação de profissionais capacitados para o atendimento das necessidades de saúde da população, como preconiza a estratégia da Saúde da Família. Estas ferramentas foram construídas a partir do enfoque teórico do pensamento complexo e multirreferencial, trabalhado por Macedo (2002).

Partindo da consideração deste enfoque, o currículo é resultante da interação de um coletivo de atores que são afetados pelo meio onde estão inseridos. Daí, currículo ser considerado não como uma trajetória linear, previamente traçada, mas como um resultante da interação com a cultura. Isto implica em considerar tanto os aspectos organizativos como os de distribuição e aplicação de conteúdos, sendo que este último aspecto incluiu, também, as metodologias de ensino.

A partir desse aporte, selecionei como categorias analíticas:

a) **Contexto**, pois, segundo Macedo (2002), o currículo em seu caráter aberto deve manter sua interação com o meio e em dialogicidade com este;

b) **Estrutura curricular** delineada a partir dos objetivos, na construção do perfil (TABA, 1974; SILVA, 2004); corresponde aos conteúdos selecionados, à organização e distribuição desses conteúdos (SAVIANI, 2003; DELUIZ, 2001); e

c). **Processo ensino-aprendizagem**, que trata das metodologias de ensino, ou seja, das abordagens pedagógicas assumidas (PIAGET, 2002; PAIM, 2002a), inclusive o modelo de avaliação adotado.

Para o **Contexto**, foram consideradas as seguintes variáveis:

a) Política de saúde e, como indicadores, princípios, diretrizes e programas voltados para a atenção básica,

b) Política de Educação e, como indicador, as diretrizes curriculares.

Para a **estrutura curricular** foram selecionadas as seguintes variáveis e seus respectivos indicadores:

a) Perfil profissional / objetivos curriculares.

b) Conteúdo, conteúdos programáticos selecionados.

c) Modelo organizacional, formas de distribuição dos conteúdos curriculares e ordem cronológica dessa distribuição.

Para o **processo ensino-aprendizagem**, foram selecionadas as seguintes variáveis e indicadores:

a) Abordagem pedagógica das correntes teórica condutivista/behaviorista; funcionalista e construtivista;

b) Modelo de avaliação: tipo de avaliação adotada pelo curso.

3.1.2 Fontes e Meios de Verificação

As estratégias privilegiadas para a coleta de dados primários foram as entrevistas com informantes-chave e a sistematização das experiências. Como fonte de dados secundários, foram feitas consultas aos documentos e registros referentes aos projetos e relatórios dos cursos.

Estas fontes e meios utilizados para o levantamento dos dados permitiram captar diferentes olhares sobre um mesmo objeto, ampliando a possibilidade de compreendê-lo.

3.1.2.1 Revisão Documental

A revisão documental procurou apreender os conteúdos programáticos das disciplinas, seus conceitos ou temáticas; o modelo organizacional, a distribuição dos conteúdos curriculares, a abordagem pedagógica implementada, a articulação ensino e serviço, e os tipos de atividades desenvolvidas. (Apêndice A)

Para tanto, foram consultados os projetos que deram origem aos cursos e os relatórios de atividades dos cursos de especialização realizados pelo Pólo, durante o período em estudo.

3.1.2.2 A Oficina de Sistematização das experiências

A oficina de sistematização buscou focalizar a experiência vivenciada pela Secretaria Executiva do Pólo quanto à formulação de currículo. Nela participaram 07 membros dos 10 que faziam parte da Secretaria Executiva do período de estudo, além de três egressos de um dos cursos.

A oficina teve, como insumo, os registros documentais – relatórios, projetos e textos produzidos pelo Pólo; registros fotográficos –, em sua maioria, classificados por datas e por eventos; vídeos que registravam momentos importantes do grupo, igualmente, organizados por datas. As cinco

horas de trabalho foram filmadas e gravadas (dois gravadores), tendo o cuidado de não perder as conversas que surgiam espontaneamente, entre os participantes, na procura de apreender todos os relatos introspectivos das lembranças.

A dinâmica da oficina consistiu na formação espontânea de subgrupos, consultando as diversas fontes de que se dispunha, trazendo à memória os principais fatos identificados nos processos. Posteriormente, cada ator do processo contribuiu na reconstrução da linha do tempo do curso no qual tinha atuado, gerando tantas linhas quantos cursos houve. (Apêndice B)

3.1.2.3 As entrevistas

As entrevistas com informantes-chave tiveram como propósito complementar e reafirmar as informações expressas nos documentos revisados. Os informantes preferenciais foram os coordenadores/professores dos cursos. Foram realizadas seis entrevistas individuais, semi-estruturadas, com perguntas abertas. (Apêndice C)

A preparação das entrevistas aos informantes-chave começava agendando-se, na maioria dos casos, com quase uma semana de antecedência, prevendo, no momento de sua realização, a apresentação dos objetivos do projeto e do próprio pesquisador. Também eram solicitadas a leitura e a assinatura do termo de consentimento, mas também licença para gravar a conversa (Apêndice D).

3.1.3 Plano de Análise

Levando em conta o aporte teórico que orientou a pesquisa, foi possível organizar a análise, classificando os dados, inicialmente pelas categorias analíticas: contexto, estrutura curricular e processo ensino

aprendizagem, considerando as variáveis – que comportam cada uma das categorias analíticas - a partir dos indicadores selecionados.

Inicialmente, analisei a estrutura curricular e o processo ensino aprendizagem de cada curso. Isto permitiu, a partir das variáveis e indicadores do estudo, estabelecer uma tipologia de estrutura e processo ensino aprendizagem, e caracterizar as tendências dos cursos em relação à formação de profissionais capacitados para o atendimento das necessidades e problemas de saúde da população.

Em seguida, analisei os currículos em seu conjunto, procurando observar a tendência que seguiram os mesmos na trajetória histórica do Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família da Bahia durante o período 1997 – 2003. Nesta etapa, fiz uma correlação dessa tendência com o contexto político da saúde e da educação.

4 O PÓLO DE CAPACITAÇÃO FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PESSOAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA: CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Este capítulo descreve o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família da Bahia considerando que o Pólo configurou o contexto interno geral onde se desenvolveram os cursos, unidades de análise, deste estudo.

Os dados com os quais descrevo o Pólo têm como fonte principal as falas de informantes-chave, obtidas de entrevistas individuais, e, também, os resultados de uma oficina de sistematização da experiência da Secretaria Executiva do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família da Bahia quanto à elaboração de currículo.

Para descrição do Pólo, apenas considerei os aspectos político-institucionais relacionados ao processo de sua criação.

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal da Saúde da Família foram uma estratégia do Ministério de Saúde para o enfrentamento dos problemas da inadequação do perfil dos profissionais da saúde, perante a nova modalidade de organização da atenção.

O Ministério da Saúde, na tentativa de adequar o perfil dos profissionais da saúde aos princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família, a partir de 1997, implementou os Pólos de Capacitação no País, os quais tinham a missão de desenvolver:

[...] ações de curto, médio e longo prazo. No curto prazo, o objetivo era a melhoria da capacidade resolutiva das equipes, para o qual se tinha como instrumentos o treinamento introdutório e os cursos de atualização [...] no médio prazo as ações estariam centradas nos cursos de especialização e residência [...] no longo prazo as ações estão voltadas para a modificação dos currículos de saúde com vista à formação do médico generalista (BUENO, 2002, p. 10-11)

Na Bahia, conforme informações fornecidas por gestores do próprio Pólo de Capacitação, seu embrião formou-se antes que o Ministério o propusesse em 1997. Relatam informantes-chave (Inf. 07; Inf. 08) que o fato de se ter conseguido, com êxito, articular os serviços de saúde com a academia em torno da formação de profissionais da saúde vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) chamou a atenção do Ministério, pelo que se pressupõe ter influenciado a este último no uso deste tipo de rede como estratégia de formação de profissionais de saúde.

Na época, como relataram vários dos informantes-chave (Inf. 07; Inf. 08)⁸, o PACS, proposto pelo Ministério da Saúde, vinha recebendo críticas da academia, que o considerava um “programa de cesta básica”, que não atendia às necessidades da população, além de ligá-lo a interesses eleitoreiros dos partidos políticos.

Observaram os participantes da Oficina de Sistematização que tudo começou com a implementação de uma pesquisa de avaliação nacional do PACS pelo Ministério. No Estado da Bahia, a pesquisa, coordenada pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), identificou problemas na implantação do Programa, os quais estavam relacionados com o despreparo dos Instrutores/Supervisores desse Programa.

O estudo também identificou a necessidade de capacitar e qualificar os profissionais vinculados a esse Programa, capacitação que foi confiada ao Instituto de Saúde Coletiva. Para isso, o ISC considerou conveniente estabelecer parcerias com todas as escolas estaduais de Enfermagem da Bahia.

Em consequência disto, foi assinado um termo de cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), a Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF) e a

⁸ Inf.= informante-chave

Universidade Estadual de Sudoeste da Bahia (UESB) para que o Estado, de forma descentralizada, oferecesse esse curso de capacitação.

De acordo com a fala de um dos informantes-chave (Inf. 07), a descentralização desse primeiro curso, intitulado Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde, tinha dois objetivos: primeiro, facilitar o acesso dos profissionais ao curso, portanto, deveria ocorrer nos locais mais próximos ao trabalho e à residência desses profissionais. Segundo, mostrar ou demonstrar às Universidades que o Programa tinha outros produtos e que estava orientado ou, pelo menos, poderia ser reorientado a atender as necessidades da população.

Esse segundo objetivo, enfatiza o informante (Inf. 07), traduzia a intenção de “ganhar as universidades”, ou seja, de conseguir a adesão dos 40 professores relacionados com o curso; mas também a de que eles apreendessem os princípios orientadores e as diretrizes do Programa e, a partir daí, começassem a articular suas ações de ensino com esta proposta.

Dessa maneira, é formada, pela primeira vez no Estado, uma rede entre a Universidade Federal e as universidades estaduais, por um lado; e a Secretaria Estadual com as secretarias municipais de saúde, por outro lado, de sorte que, quando o Ministério da Saúde propôs a implementação do Pólo, já havia este embrião de rede.

O Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal do Programa de Saúde da Família da Bahia foi formalizado a partir do termo de Convênio de Cooperação Técnica celebrado entre o Governo da Bahia através da Secretaria de Saúde do Estado, as escolas de saúde que atuam na Bahia e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONESEMS), no dia 26 de maio de 1998 (BAHIA, 2003).

De acordo com o exposto na fala de um dos informantes-chave (Inf. 07) bem como o observado num dos documentos revisados (BAHIA,

2003), faziam parte das instâncias de decisão e programação do Pólo de Capacitação da Bahia: um Conselho, uma Coordenação e uma Direção Executiva.

Segundo a mesma fonte, o Conselho constituía a instância maior de deliberação (a instância política), a qual tinha como atribuição a definição de metas e diretrizes. Esta instância era presidida pelo Secretário Estadual de Saúde e composta pelos representantes das instituições conveniadas: o Secretário de Saúde do Estado, o Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, os diretores dos departamentos de Saúde das Universidades Estaduais de Santa Cruz, Feira de Santa e do Sudoeste da Bahia e o Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (BAHIA, 2003).

A Coordenação, que tinha entre suas atribuições a definição da programação, o cronograma de atividades e a aplicação dos recursos, era composta por representantes das instituições antes assinaladas, mas também pela Diretoria da Escola Estadual de Saúde Pública (SUPECS/SESAB) e pela Diretoria de Promoção à Saúde da Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção à Saúde (DPS/SURAPS/SESAB), sendo dirigida por um representante da Secretaria de Saúde do Estado (BAHIA, 2003).

Por sua parte, a Diretoria Executiva encarregava-se da gerência dos recursos alocados e do acompanhamento das atividades acadêmicas, estando composta dos seguintes membros: diretor executivo, secretário executivo, secretário acadêmico e apoio administrativo, sendo esta diretoria confiada ao Instituto de Saúde Coletiva (BAHIA, 2003).

Embora não estejam formalmente inseridas na estrutura organizacional do Pólo da Bahia; no transcurso de desenvolvimento das atividades, desde 1999, foram se vinculando ao Pólo, outras instituições como a Rede UNIDA/Projeto UNI-Bahia, o Departamento de Ciências da Vida da

Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e as Escolas de Enfermagem da UFBA e da Universidade Católica de Salvador (UCSAL) (BAHIA, 2003).

No que se refere às atividades do Pólo, vale referir que, a partir dos documentos revisados e o expresso na fala de um dos informantes-chave (Inf. 07),

[...] as bases conceituais e metodológicas da proposta pedagógica do Pólo –Bahia estruturavam-se na concepção do Programa de Saúde da Família, na opção de eleger o processo de trabalho das equipes multiprofissional como núcleo do processo formador e a adoção da educação permanente como modelo pedagógico (BAHIA, 2003, p. 13).

No entanto nos documentos, consta que o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família da Bahia, além de realizar cursos *lato sensu* – unidades de análises do presente estudo, desenvolvia cursos curtos, além de oficinas de treinamento introdutório para as equipes de saúde da família; oficinas regionais de avaliação do PACS/PSF; assessoria aos municípios na implantação do PSF; elaboração de documentos técnicos e apoio ao Ministério da Saúde em atividades específicas.

Contudo, segundo a fala de um informante-chave (Inf. 07), o que marcou este processo de construção do Pólo foram as tensões nas relações interinstitucionais. Ressaltou, este informante, que foi muito difícil conduzir esse processo, e, entre os fatores geradores de tensão, estava a resistência da academia ao Programa de Agentes Comunitários e, posteriormente, ao Programa de Saúde da Família.

Na fala dos participantes da Oficina de Sistematização, pôde-se perceber que a resistência a esses dois programas, alvo das ações do Pólo, tensionou, desde o começo, as relações entre os que acreditavam no programa e entre os que o criticavam.

Assim, no processo de capacitação dos docentes, quanto à proposta pedagógica que se implementaria no primeiro curso – Especialização

em Saúde Coletiva: Gerência de Programa Comunitários de Saúde –, o fato de se afirmar que as oficinas iniciais na organização do curso tinham implícita a capacitação dos docentes, suscitou grande tensão. Aqui, o grupo condutor do processo precisou de muita habilidade no manejo dos conflitos para não gerar problemas com os docentes de outras instituições, o que se pode perceber melhor na comunicação dos participantes da Oficina de Sistematização.

[...] nós conseguimos unir no curso um grande número de pessoas, 40 docentes envolvidos nesse primeiro curso e também tivemos [...] muito jogo de cintura em torno desse curso [...] e discussões sobre ponderação, alguns discussão também sobre capacitação docente; desde vários temas. Então, esse curso a gente já começou a introduzir muito! ainda [...] cuidadosamente, porque seria considerado [silêncio] se alguns docentes reagissem, aumentaria a resistência. Assim [...] essa questão muito delicada, muito cuidadosa, começamos a introduzir essa questão da capacitação docente e a importância disso. E isso ganhou muitas pessoas [...]. (Inf. 07).

De acordo com o mesmo informante (Inf. 07), outro fator motivo de tensão foi a disputa pela liderança na titulação dos cursos, porque, pelas normas da universidade, não era possível que mais de uma instituição titulasse um curso. A disputa por esta liderança chegou até a gerar o afastamento de uma das escolas iniciadoras do processo.

Apesar das grandes tensões percebidas nas relações interinstitucionais na rede do Pólo-Bahia, como resultado de missões diferentes, objetivos institucionais diferentes, interesses diferentes, tanto individuais como institucionais, cabe destacar – enfatiza um dos entrevistados – que um grande esforço foi fazer com que estas instituições se respeitassem mutuamente. Todas essas tensões foram secundarizadas em prol do desenvolvimento das ações. A seguinte fala pode ilustrar melhor este ponto.

Nosso espaço de manter-se na liderança política e pedagógica da formulação da proposta de capacitação, [...] mas isso foi muito difícil, porque, embora respeitado por sua competência técnica, havia muito questionamento das instituições, ainda hoje há. Então, eu gosto de dizer que **havia uma relação de amor e ódio**⁹, porque ao mesmo tempo se queria parceria com o Instituto porque se sabia que bons produtos, bons projetos, também se queriam os males próprios das

⁹ Grifo do autor

instituições que nós mesmos estimulávamos naqueles momentos. (Inf. 07).

Na fala anterior como noutras, percebem-se algumas mudanças nos professores, começava-se a acreditar mais no que se vinha fazendo. Já nestes momentos – comenta o informante –, a proposta do PACS mudava no cenário nacional. Ela deixava de ser uma proposta marginal e criticada para ganhar o discurso oficial como proposta de governo.

Segundo o transmitido por aquele entrevistado, a partir daí, as instituições de ensino consideravam importante participar do Pólo, porque isto viabilizava politicamente o financiamento de suas propostas de curso, inclusive, muitas vezes, precisava-se do aval do Pólo para submeter suas propostas ao Ministério da Saúde.

Um dos exemplos apresentados pelo informante (Inf. 07) como produto da influência das ações do Pólo no contexto estadual, foram os resultados da I Mostra Baiana de Graduação em Saúde da Família, realizada em Salvador em 2002, onde praticamente todas as instituições de ensino da Bahia, tanto públicas quanto privadas, mostraram o desenvolvimento de atividades na área de saúde da família.

5 CURSOS IMPLEMENTADOS E DESENVOLVIDOS PELO PÓLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PESSOAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA

Neste capítulo, descrevo os cursos de especialização desenvolvidos pelo Pólo da Bahia. Na sua descrição, considerei tanto o contexto político-institucional em que foram inseridos, quanto a estrutura curricular (seleção, organização e distribuição dos conteúdos) e a estratégia de ensino-aprendizagem (implementação dos conteúdos) adotada.

A descrição do contexto facilita a localização dos cursos na dinâmica do Pólo de Capacitação. Entretanto, a estrutura curricular e o processo ensino-aprendizagem dizem respeito à concepção de currículo e ao modelo de ensino-aprendizagem assumido. Na descrição da estrutura curricular, incluem-se os objetivos do curso, a seleção, organização e distribuição dos conteúdos. O processo ensino-aprendizagem refere-se à implementação dos conteúdos, ou seja, as metodologias ou abordagens pedagógicas utilizadas para a formação dos profissionais.

Nesse sentido a descrição dos cursos corresponde às categorias identificadas e sua apresentação corresponde à ordem cronológica da sua criação, de sorte que iniciou com o Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas de Saúde e finalizou com os dois cursos de Especialização em Saúde da Família, um oferecido pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF) e outro oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), passando pelos Cursos: Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência; Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde e Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (fig. 1).

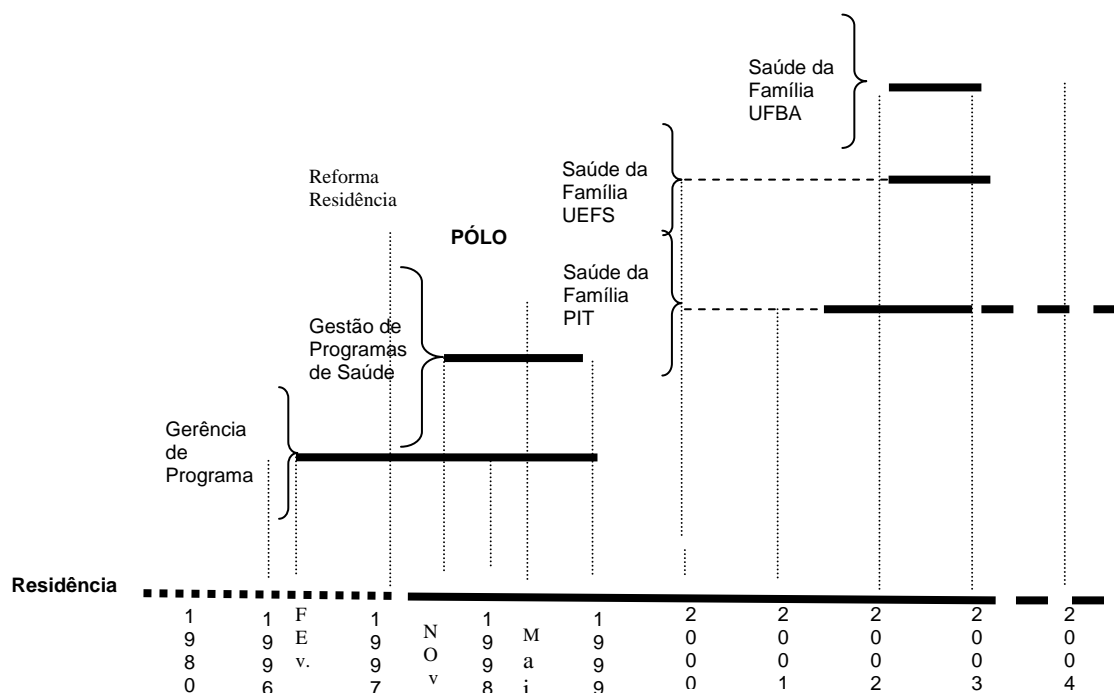


Figura 1. Trajetória dos cursos de especialização do Pólo de Capacitação da Bahia.

Os dados com os quais descrevo os cursos têm como fontes principais os documentos que contêm as propostas originais dos cursos e os relatórios das atividades desenvolvidas durante a existência destes cursos. Tais dados são complementados com as falas de informantes-chave¹⁰, obtidas de entrevistas individuais, e, também, a partir dos resultados da oficina de sistematização da experiência da Secretaria Executiva do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família da Bahia quanto à elaboração de currículo.

¹⁰ Coordenadores/professores dos cursos de especialização implementados pelo Pólo

5.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

Seguindo a trajetória traçada pela linha do tempo, reconstruída coletivamente pelo grupo condutor do processo, constato que o surgimento desses cursos sempre esteve atrelado aos programas inseridos nas políticas dos setores saúde e educação, de maneira que o primeiro curso assumido pelo Pólo de Capacitação, Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde surgiu da necessidade de consolidar a implantação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) na Bahia.

Nesse sentido, nos depoimentos feitos na oficina de sistematização da experiência do Pólo de Capacitação, membros da Secretaria Executiva afirmaram que o Curso de Gerência de Programas Comunitários de Saúde, oferecido a instrutores/supervisores do PACS, surgiu da necessidade de solucionar problemas identificados em um estudo realizado pelo ISC, sobre o processo de implantação do PACS na Bahia.

O estudo referido, segundo relatos dos participantes da oficina de sistematização (Apêndice B), achou, como principais causas dos problemas da implantação do PACS, na Bahia, não apenas a falta de preparo dos agentes de saúde e a insuficiente capacitação dos enfermeiros supervisores do Programa, como também o despreparo dos Coordenadores das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES).

Nessa mesma oficina, vários participantes (Inf. 06; Inf. 07; Inf. 08) coincidem em afirmar que, na época, era difícil articular o setor saúde com o setor acadêmico, sobretudo com as universidades, pois estas últimas, desde antes de 1994, vinham criticando o PACS por considerá-lo medicina de baixa qualidade e, também, por supostas ligações do Programa com interesses “eleitoreiros” dos partidos políticos.

Entretanto, para o grupo de jovens egressos da Residência em Medicina Social, segundo depoimentos feitos por alguns deles durante a oficina de sistematização (Inf. 07; Inf. 08), sua relação com os serviços de saúde constituía uma oportunidade para contribuir na implantação do PACS na Bahia e, principalmente, para formular propostas inovadoras na formação dos recursos humanos, que superassem as dificuldades pedagógicas vivenciadas por eles na Residência.

Esse desejo, relatado pelos membros do Pólo, motivou o grupo a trabalhar, no interior do Instituto de Saúde Coletiva, formas de aproximação deste com os Serviços de Saúde, estabelecendo-se, finalmente, um convênio de cooperação técnica entre o ISC e a SESAB.

Tal convênio tinha como objetivo apoiar a implementação do PACS na Bahia. Em seu relato, participantes da oficina enfatizaram que um dos pontos deste convênio foi a realização de um grande Encontro Estadual de Agentes Comunitários de Saúde, e mais de um dos participantes da Oficina afirmou que, com a realização desse evento, ficou evidenciada, mais uma vez, a necessidade de capacitar os profissionais envolvidos no PACS. Inclusive expressaram que aquela necessidade apareceu, também, como uma das reivindicações solicitadas pelos agentes de saúde.

A partir dessa reiteração da necessidade de capacitação, participantes da oficina (Inf. 07; Inf. 08) declararam que o convênio entre o Instituto e a Secretaria Estadual de Saúde já não foi apenas para assessoria técnica, senão também para organizar o Curso de Capacitação dos Instrutores/Supervisores do PACS da Bahia.

É nesse momento, segundo o observado na Oficina de Sistematização, que o grupo de jovens especialistas em medicina social que, no ISC, vinha mostrando interesse voltado para apoiar a implantação do Programa de Agentes Comunitários, é chamado a coordenar o curso (Apêndice B).

Segundo aparece no projeto original, o curso teria como clientela todos os instrutores/supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado da Bahia. Segundo relato de um dos participantes da Oficina de Sistematização da experiência do Pólo (Inf. 07), o grupo que coordenava a organização da proposta considerou conveniente a participação das quatro escolas de Enfermagem existentes na Bahia para a realização do curso.

Nesse sentido, explicou um dos participantes da oficina (inf. 07), o ISC estabeleceu parcerias com todas as escolas de Enfermagem das universidades públicas da Bahia dessa época. Para o informante, tal parceria poderia ser considerada o embrião do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família da Bahia.

Segundo encontrado nos documentos consultados (BAHIA, 1997b; 1998b) e o percebido nas falas dos entrevistados (Inf. 07; Inf. 08; Inf. 04), o Projeto do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde foi elaborado pelos profissionais do Instituto de Saúde Coletiva em conjunto com os profissionais do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz, UESC, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, UFBA e da Secretária de Saúde do Estado da Bahia, em oficinas de trabalho realizadas em fevereiro de 1996, sendo aprovado dois meses mais tarde pela Câmara de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia.

Relatam participantes da Oficina de Sistematização (Inf. 07; Inf. 08), atores na formulação e elaboração do curso que, inicialmente, foram programadas duas oficinas de trabalho. Tais oficinas que, em princípio, tinham como propósito elaborar as ementas das disciplinas, viraram oficinas de capacitação para os docentes, de sorte que, de duas oficinas iniciais, passou-se para seis oficinas de trabalho árduo com acaloradas discussões.

Segundo os relatos feitos na Oficina de Sistematização pelos proponentes do curso de Gerência, a extensão do trabalho na elaboração do projeto de curso surgiu ao se descobrir o papel que tinham que cumprir os supervisores, pois cabia a estes acompanhar todos os módulos do Curso, manejar os conceitos neles trabalhados e, além disso, contribuir com o aluno na articulação dos conteúdos desenvolvidos em cada módulo (Apêndice B).

Tal descoberta contribuiu para aperfeiçoar a formulação do Curso tanto no que tange ao papel do supervisor quanto à instrumentalização das Oficinas Pedagógicas que se desenvolveram ao longo do Curso.

O segundo curso assumido pelo Pólo, o Curso de Especialização em Medicina Social sob a Forma de Residência, referido – nas falas - como “Residência em Medicina Social”, constituiu-se no curso *lato sensu* mais antigo dos ministrados pelo Pólo de Capacitação, pois, sua criação data de 1980¹¹.

Apesar de que o Curso, que foi criado através de um projeto que o definia como residência multiprofissional, funcionou até 1997 como uma residência médica, com exceção da primeira turma, que contou com duas alunas enfermeiras.

Ante isso, o Pólo, coerente com o contexto demarcado pela política do setor saúde, ou seja, a implantação do Programa de Saúde da Família na Bahia, ao assumir, em 1997, a condução do Curso da Residência em Medicina Social, considerou necessário retomar o caráter multiprofissional desse curso, reformulando-o.

Nesse sentido, foram várias as falas (Apêndice B; informantes-chave) que coincidem em afirmar que a idéia de Reformulação do Curso de

¹¹ Segundo o documento que contém a proposta original do Curso de Especialização em Medicina Social sob a Forma de Residência, este foi proposto em 1980 pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA e aprovado pela Câmara de Ensino de Pós-graduação e Pesquisa dessa universidade, mediante a resolução de nº. 179/80 de 19 de maio, do mesmo ano (BAHIA, 1980).

Especialização em Medicina Social sob a Forma de Residência, além da influência do contexto político de saúde, surgiu, também, a partir da experiência vivenciada, pelo ISC, no Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários.

Tanto na Oficina de Sistematização quanto na fala de alguns entrevistados (Inf. 07; Inf. 08), expressou-se que o curso anterior, o Curso de Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários foi conduzido por um grupo de jovens egressos da Residência em Medicina Social que buscava afirmar-se na estrutura do ISC.

Por um lado, um dos participantes da Oficina de Sistematização enfatizou que tanto o fortalecimento do grupo no interior do Instituto, quanto a preocupação do grupo com a ausência do PSF na Bahia fizeram com que o Instituto, se interessasse pela implantação do Programa no Estado da Bahia (Inf. 08).

Porém, para isso, comentam os participantes da Oficina, era preciso formar quadros capacitados nesse Programa. Assim, a Residência em Medicina Social, que tinha sido vista como um espaço estratégico para refletir sobre as práticas de saúde, também foi vista como espaço adequado para experimentar a proposta metodológica concebida durante o desenvolvimento do curso de Gerência de Programas Comunitários em Saúde.

Por outro lado, “por coincidência” –comenta um dos informantes (Inf. 07) – no final de 1996, o doutor Antônio José Maria de Magalhães, então Secretário de Saúde do Estado da Bahia, manifestou seu desejo de formar 30 médicos de família. Tal manifestação preocupou o grupo quanto ao perfil dos profissionais que se formariam, mas, por sua vez, a vontade do Secretário poderia ser uma oportunidade para eles, no sentido de propor mudanças na Residência em Medicina Social (Apêndice B).

Diante disso, o grupo de técnicos do ISC, que já vinha mantendo relações formais com a SESAB, apoiou-se em importantes aliados, no interior desta Secretaria, para influenciar o Secretário de Saúde quanto a investir melhor na formação de profissionais em saúde da família, antes de investir na formação de médicos de família, segundo o referido por vários dos participantes da Oficina de Sistematização.

Comentam participantes da Oficina de Sistematização que, para mudar a idéia do Secretário, foi necessária toda uma construção política no interior da SESAB. Quanto ao ISC, não houve problema, porque, na sua constituição (1995), já se tinha estabelecido uma discussão sobre a questão multidisciplinar, pelo que a proposta da formação multiprofissional era bem vinda no Instituto (Inf. 06; Inf. 07; Inf. 08).

Em conseqüência, de acordo com informações fornecidas na mesma oficina, o ISC recebeu o apoio da SESAB na *reformulação do Curso*, pelo que este, a partir de 1997, passou a ser *na prática* uma *Residência Multiprofissional*, aumentando o número de vagas para vinte, distribuídas em seis categorias: médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos.

Digo *na prática* porque, segundo depoimento de um informante-chave (Inf. 06), apesar de, desde 1997, ter funcionado como Residência Multiprofissional, a sua normalização só aconteceu três anos mais tarde, quando foi apresentado à Câmara de Pós-graduação da Universidade o projeto de reforma do curso.

Dessa maneira, segundo informação fornecida em entrevista (Inf. 06), a Residência de Medicina Social, que, inicialmente, estava conformada por três áreas de concentração – planejamento e administração, epidemiologia e saúde ocupacional – passou a ter mais uma outra área de concentração – a área de saúde da família.

Segundo essa mesma fonte, em essência, o que se fez foi colocar, no âmbito do Programa de Saúde da Família, as ações programadas nas áreas de planejamento, epidemiologia e saúde ocupacional, antes pensadas na lógica das Unidades de Atenção Básica.

Vale a pena ressaltar, de acordo com informações de um dos sujeitos desse processo (Inf. 06), que a experiência do Curso, como também outras poucas, no País, motivaram o Ministério da Saúde a abrir um edital, no ano 2000, para a contratação de cursos de residência multiprofissional:

O Ministério da Saúde lançou uma convocatória para as Instituições de Ensino Superior visando a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (BRASIL, 2002).

Segundo comentou o informante, umas das condições para que o Curso pudesse estar apto, inclusive, ao próprio financiamento do Ministério, era formar Especialistas Diplomados em Saúde da Família, condição que obrigou a Coordenação do Curso a formalizar, ante a Universidade, as mudanças que, na prática, já haviam acontecido.

Quanto ao tempo de duração do Curso, na fala de um dos entrevistados (Inf. 05) entende-se que, desde seu início até 1999, era desenvolvido no período de um ano, correspondendo a 2.360 horas. Já nos anos 2000 e 2001, passou a ter uma duração de dois anos, ou seja, uma carga horária de 4.660 horas, sendo o primeiro ano obrigatório e o segundo, opcional.

Segundo a mesma fonte, esta última mudança, o acréscimo do segundo ano, foi motivada pelo início dos cursos de Treinamento Introdutório para as equipes das Unidades de Saúde da Família do Estado da Bahia, a partir dos quais, desde 1998, os alunos do segundo ano –R2 iniciaram suas atividades assessorando os municípios interessados na implantação do PSF, através das chamadas visitas técnicas e, em alguns casos, quando necessário, fazendo treinamento introdutório.

Pelo depoimento de um dos informantes (Inf. 06), constatei que, em 1997, quando se retomou o formato multiprofissional do Curso de Residência, no Estado da Bahia não existia nenhuma equipe de Saúde da Família, de maneira que as primeiras equipes implantadas foram organizadas pelos bolsistas do Pólo de Capacitação, ou seja, pelos residentes que tinham concluído o primeiro ano. Como não existia, ainda, o segundo ano da Residência, a Secretaria de Saúde, um dos órgãos financiadores do Curso, resolveu prorrogar as bolsas por mais um ano, a fim de que os alunos pudessem implantar o PSF nos municípios da Bahia.

É nesse contexto que surge o segundo ano da Residência, mas, somente a partir de 2002, através do parecer 040/02 da CPPG (Câmara de Pesquisa e de Pós-Graduação), este último ano tornou-se obrigatório, passando o Curso a ter uma carga horária de 5.235 horas. Com isso, os alunos, além de realizar atividades de treinamento das equipes, desenvolviam outras atividades do Programa de Saúde da Família.

Assim, segundo depoimento de um dos coordenadores entrevistados (Inf. 06), as modificações feitas no Curso de Especialização em Medicina Social sob a Forma de Residência foram radicais, porque: primeiro, instituiu-se a obrigatoriedade do segundo ano, que não existia; segundo, o formato do primeiro ano, focado na área de saúde da família, ficou completamente articulado com o segundo ano, tão diferenciado de antes que, para voltar às áreas de concentração de planejamento, epidemiologia ou saúde ocupacional, dever-se-ia mudar a estrutura do primeiro ano, porque ela já incorporava as práticas de saúde da família.

Explica em entrevista, um dos informantes (Inf. 06), que se optou estrategicamente por estabelecer uma nova área de concentração, antes da criação de um novo curso, porque, dessa forma, o processo de modificação seria mais rápido na Câmara de Pós-graduação.

Dessa maneira, o Curso de Especialização em Medicina Social sob a Forma de Residência, a partir de 1997, retomou seu caráter multiprofissional, oferecendo vagas para medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, odontologia; em 2001, abriu vagas para Farmácia; em 2000 foi reformulado, visando atender às demandas colocadas pelo Sistema Único de Saúde.

Quanto à origem do terceiro curso assumido pelo Pólo, Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde, em consenso, participantes da oficina de Sistematização da História do Pólo concordaram que o surgimento desse curso foi uma consequência lógica do primeiro curso, Gerência de Programas Comunitários de Saúde (Inf. 07; Inf. 08).

Assim, segundo as fontes antes mencionadas, o curso de Gerência de Programas Comunitários, o qual tinha como clientela os enfermeiros instrutores/supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da Bahia, não só precedeu o curso de *Gestão*, como também gerou o surgimento deste último.

De acordo com os relatos de informantes-chave (Inf. 07; Inf. 08) que participaram da Oficina de Sistematização, o curso de Especialização em Saúde Coletiva *Gestão de Programas de Saúde* que, por conveniência, nomearemos daqui por diante de *Curso de Gestão*, tinha como clientela os Coordenadores Regionais do PACS, os quais tinham como função coordenar as atividades dos enfermeiros instrutores/supervisores que atuavam no mesmo programa, mas no âmbito do município.

Portanto, comenta um dos participantes da oficina (Inf. 08) que, ao serem capacitados os enfermeiros instrutores/supervisores do PACS, as demandas destes sobre os Coordenadores Regionais cresceram de tal maneira que a situação gerou, nestes últimos, a necessidade de se capacitar, para poder atender a essas novas demandas.

Em informações recebidas por participantes da Oficina (Inf. 07; Inf. 08), os Coordenadores Regionais eram profissionais que não apenas estavam no nível municipal, mas também, estavam fazendo um outro papel na equipe da Secretaria Estadual, na coordenação regional do PACS. A fala seguinte ilustra esta afirmação:

[...] porque com o curso de “Especialização” [sic] se capacitavam os que estavam na ponta e as pessoas que coordenavam as atividades deles não tinham suficiente preparo para dar conta da coordenação, então, era uma pressão dos coordenadores regionais junto à Secretaria Estadual para eles serem capacitados [APÊNDICE B].

A mesma fonte comentou, justificando que essas pessoas, além de estar no nível municipal, estavam na coordenação regional, precisavam ter uma visão como supervisor e como coordenadores desse processo regional, portanto seu perfil deveria ser diferente.

Sobre esta questão, o informante trouxe à tona a influência do contexto político nacional sobre o local, afirmando que os processos de descentralização e municipalização que aconteciam no País colocaram em destaque o papel do Coordenador Regional e, em conseqüência, o olhar quanto ao Programa se voltou para a Coordenação Estadual. Então, – comentou o informante– os organizadores do Curso se perguntavam: “Qual é o papel dos Coordenadores Regionais? O que eles devem fazer?” (Inf. 08).

No relato, o informante continuou dizendo: “[...] em 1999, se tinha participado de uma oficina sobre *Problem Basic Learning (PBL)*¹² onde se tinha discutido o termo competências”. Apesar de não ter ficado explícita, na fala do informante, a possível relação estabelecida entre a discussão do termo “competência” e a decisão tomada posteriormente pelo grupo de condução do curso quanto à necessidade de trabalhar a partir de conceitos articulados aos conteúdos, rompendo assim com o formato de disciplinas, em seus gestos se pôde perceber que tal decisão estava, evidentemente, relacionada com este

¹² Oficina sobre Aprendizagem Baseado em Problemas, dirigida por uma professora holandesa, Salvador 1999.

momento. As falas seguintes, acontecidas na Oficina de Sistematização, podem ilustrar melhor:

[...] a gente usa o termo competências (...) no seminário sobre PBL em que se trouxe uma holandesa [...] no Vitória Marina – complementou outro informante– [...] se teve um *Work-shop* sobre PBL [...] Foi o primeiro curso que rompeu com o modelo disciplinar. Dizemos “a gente vai articular os conteúdos a partir dos conceitos-chave [...] (Inf. 08).

A partir dessa decisão, os participantes da Oficina concordaram que uma das características do Curso de Gestão foi que a definição da seqüência dos conteúdos se baseou nos momentos do trabalho em campo, coisa que já acontecia antes. Comentaram, porém, que o que marcou esse período foi a definição do perfil profissional, do conhecimento, de habilidades e de valores dos alunos (Inf. 06; Inf. 07; Inf. 08).

Seguindo na linha dos determinantes contextuais no surgimento dos cursos, no Curso de Gestão não apenas influenciou, no seu surgimento, a necessidade de melhorar a implantação do PACS na Bahia, mas também, o contexto influenciou no como organizar o currículo do curso.

Por outro lado, o surgimento dos três últimos cursos do Pólo teve como motivador um edital, no ano 2000, do Ministério da Saúde, no qual convidava às universidades do País a concorrer, como candidatas, á qualificação dos profissionais que atuavam nas equipes de saúde da família, através da formulação de Cursos de Especialização em Saúde da Família.

O primeiro destes últimos cursos e quarto na ordem cronológica dos cursos conduzidos pelo Pólo foi o curso Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS.

Segundo informações obtidas através de entrevista realizada com um informante-chave (Inf. 03), a proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família foi elaborada por professores da UESC com o apoio técnico da Secretaria Executiva do Pólo de Capacitação da Bahia. Comenta o

informante que a motivação na elaboração da proposta se deu a partir de uma concorrência aberta pelo Ministério da Saúde para formulação de um curso de Especialização em Saúde da Família.

Enfatiza o informante que, apesar da proposta ocupar o segundo lugar nessa licitação, não foram designados recursos para sua viabilização. Entretanto, em 2001, quando foi instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) através do decreto nº 3.745 de 5 de fevereiro desse mesmo ano, cujo objetivo era incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médicos sanitários, a proposta do curso foi aprovada (BRASIL, 2001b).

Nessa oportunidade, a Proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família foi considerada pelo Pólo e obteve apoio do Ministério da Saúde, no intuito de ser oferecida aos profissionais selecionados pelo PITS, segundo informações fornecidas em entrevista por um informante-chave (Inf. 03).

Segundo o Decreto 3745 (BRASIL, 2001b), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde tinha como meta estimular o serviço voluntário para apoiar e fortalecer o Programa de Saúde da Família, inicialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e, em especial, nos municípios com até 50 mil habitantes, que apresentassem taxas de mortalidade infantil acima de 80 por mil nascidos, entre outras condições.

O PITS, além de ter o propósito de fortalecer o PSF nessas regiões, tinha também como objetivo específico capacitar médicos e enfermeiros participantes do programa através de um curso de Especialização em Saúde da Família (BRASIL, 2001b). É neste contexto que se insere o Curso de Especialização em Saúde da Família para Profissionais do PITS.

O Curso de Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS, segundo relato de um informante (Inf. 03), foi iniciado

em julho de 2001, respondendo às necessidade do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

De acordo com os informantes, esse primeiro curso se caracterizou por estar composto de uma turma de vinte alunos, dos quais dez foram selecionados pelo PITS e dez atuavam no PSF de um município vizinho ao município-sede do curso.

Comenta a informante que o Curso teve três edições, a primeira em 2001, uma segunda em 2002 e uma terceira em 2004.

O quinto curso assumido pelo Pólo foi o Curso de Especialização em Saúde da Família, que estava sob a responsabilidade do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Segundo depoimento, através de entrevista, de um informante-chave (Inf. 01) e segundo os resultados da Oficina de Sistematização do Pólo de Capacitação da Bahia, o curso de Especialização em Saúde da Família foi pensado e formulado ao final de 1999 e início de 2000, por uma equipe da Secretaria Executiva do Pólo.

Além disso, a pessoa entrevistada comunicou que o curso foi motivado por um edital do Ministério da Saúde, onde se expressava o interesse deste órgão em qualificar os profissionais das Equipes de Saúde da Família, interesse que era compartilhado pelo Pólo, pelo que este último decidiu participar dessa licitação.

Comenta o informante-chave (Inf. 01) que, apesar de terem sido aprovados os recursos do curso no início do ano 2000, este só foi iniciado efetivamente em outubro de 2002.

Uma das considerações relevantes feitas durante a Oficina de Sistematização do Pólo de Capacitação, a respeito deste Curso, foi afirmar por consenso dos participantes que, do ponto de vista da formulação do Projeto

original, esta foi a melhor proposta elaborada pelo grupo que formava a Secretaria Executiva do Pólo de Capacitação (Apêndice B).

Tanto nos documentos revisados (proposta do projeto e relatórios) quanto na fala do informante-chave entrevistado (Inf. 01) e dos participantes da Oficina de Sistematização, afirma-se que o curso teve como bases pedagógicas o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

O sexto e último curso assumido pelo Pólo foi o curso de Especialização em Saúde da Família –UESF. Este curso, conduzido pela Universidade Estadual de Feira de Santana, surge no momento em que o município de Feira de Santana, habilitado desde 1997 como gestor pleno da atenção básica e carente de recursos humanos que respondessem às demandas do Programa de Saúde da Família, negociava a implantação do Programa de Saúde da Família (BAHIA, 2000c).

De igual maneira, a política de capacitação dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana apoiada em programas de capacitação pontuais, verticais, descontextualizados, não respondia ao modelo proposto pelo SUS nem à própria política de saúde do Município. (BAHIA, 2000c)

O Curso de Especialização em Saúde da Família da UESF, além de surgir para dar respostas às necessidades de recursos humanos no Município, como os dois últimos cursos, teve como fator motivador um edital do Ministério da Saúde, no ano 2000, o qual tinha como objetivo qualificar os profissionais que atuavam nas Equipes de Saúde da Família. (Inf. 02).

Segundo o documento do Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família, este foi elaborado por professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, buscando suprir lacunas evidenciadas na formação dos profissionais de saúde.

Buscando uma sistematização geral do que apresentamos neste capítulo, cabe destacar que, apesar dos cursos apresentarem algumas diferenças entre eles, mantinham uma permanente “interfertilização”, o que fica evidenciado quando, em 1997, reformula-se “na prática” o curso de Especialização em Medicina Social. Na sua reformulação, foram aproveitados os conteúdos e as formas de abordagens pedagógicas experimentadas no curso anterior, qual seja, o curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência em Programas Comunitários de Saúde.

Isto se revela também, quando da elaboração do terceiro curso, em 1997, o curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gestão em Programas Comunitários de Saúde, que, do ponto de vista da estrutura curricular, resulta ser diferenciado em relação aos anteriores. Influenciado pelas experiências dos dois primeiros, consegue eliminar o formato por disciplinas, de maneira que seu conteúdo foi o resultado da identificação dos conceitos sugeridos pela atividade prática.

Essa perspectiva é retomada ao se formular o quinto curso (Curso de Especialização em Saúde da Família ISC/UFBA), que também recebeu influência da experiência desenvolvida na disciplina Clínica da Família do curso da Residência.

Por sua parte, os cursos quarto e sexto, conduzidos pelas universidades UESC e UEFS, respectivamente, apesar de receberem a influência do aprendizado nos três primeiros cursos, tiveram uma condução um pouco diferente, o primeiro por adaptar-se às necessidades do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde e o segundo, embora com estrutura curricular semelhante aos outros cursos, foi conduzido de forma exclusiva pela UESF.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CURSOS

A caracterização dos cursos será feita, por um lado, a partir de sua estrutura curricular, ou seja, dos objetivos curriculares, seleção e organização dos conteúdos e, por outro lado, a partir do processo de implementação, quer dizer, das estratégias de ensino aprendizagem.

Cada dimensão é apresentada em forma de quadros onde se descreve a característica de cada uma para o respectivo curso. Apenas por questão de formatação e para facilitar sua leitura as seis unidades de análise (cursos) foram separadas em dois grupos de três cada.

5.2.1 Estrutura Curricular

Como já foi expresso no início deste capítulo, a estrutura curricular dos cursos inclui tanto os objetivos curriculares os quais, a sua vez, delineiam o perfil dos sujeitos objetos dos currículos (TABA, 1974; SILVA, 2004), quanto a seleção e organização dos conteúdos.

5.2.1.1 Objetivos/Perfil dos Profissionais

QUADRO Nº 01. OBJETIVOS CURRICULARES DOS CURSOS DO PÓLO

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO		
	Em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde	Em medicina Social: Sob a forma de Residência	Em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde
OBJETIVO	<p>Capacitar Instrutores/Supervisores do PACS para desenvolver ações de vigilância à saúde de forma integrada às práticas de serviços, considerando o contexto socioeconômico e cultural de sua área de atuação. (BAHIA,1996)</p> <p>Desenvolver nos alunos, atitudes cooperativas e habilidades ante o trabalho em equipe multiprofissional, como também ações que favorecessem a coesão e a participação social (BAHIA,1998b).</p>	<p>Formar especialistas em medicina social, com habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à execução e à coordenação de práticas de saúde integrais, oportunas, contínuas e de qualidade, destinadas a territórios-populações delimitados. (Bahia, 1999)</p>	<p>Capacitar os coordenadores regionais para: interpretar os aspectos políticos, técnicos, administrativos e programáticos dos sistemas locais de saúde, à luz do processo de municipalização das ações e serviços de saúde;</p> <p>Decidir, com oportunidade e eficácia, sobre o uso de instrumentos e recursos pertinentes à solução dos problemas de organização e funcionamento dos SILOS (Sistema Local de Saúde);</p> <p>Manejar e selecionar propostas pedagógicas apropriadas para utilização junto aos profissionais e à comunidade (BAHIA. 1997a)¹³.</p>

¹³ No mesmo documento, está dito que, para conseguir esses objetivos gerais, os alunos devem desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes específicas.

QUADRO Nº 2 OBJETIVOS CURRICULARES DOS CURSOS DO PÓLO

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA		
	PITS -UESC	-ISC/UFBA	UEFS
OBJETIVOS	<p>Formar profissionais da saúde, médicos e enfermeiros, para desempenho de atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde sob a estratégia de Saúde da Família, através de ações e abordagem coletivas e abordagem clínico-individual. (BAHIA, 2002)</p>	<p>Desenvolver a construção do perfil dos alunos, através da discussão do papel do profissional de saúde e as estratégias de sua atuação na reformulação do modelo de atenção vigente.</p> <p>Capacitar os participantes para o trabalho em equipe interdisciplinar e para o processo de gestão local de sistemas de saúde, promovendo a saúde e estimulando a constituição de sujeitos individuais e coletivos "atitudinalmente" favoráveis e aderentes à organização do trabalho mais humanizado e resolutivo¹⁴.</p>	<p>"Formar profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para a atuação no Programa de Saúde da Família, através da estratégia de atenção primária à saúde, no desenvolvimento de ações de promoção ampliada do processo saúde-doença, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde." (BAHIA, 2000c p.6)</p> <p>"Capacitar esses profissionais no atendimento às necessidades de saúde, individual e coletiva, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população" (BAHIA, 2000c p. 6).</p>

¹⁴ Segundo os documentos consultados (BAHIA, 2000), esses objetivos estavam orientados a influenciar médicos e enfermeiros vinculados ao Programa de Saúde da Família de 39 municípios do Estado da Bahia.

5.2.1.2 Conteúdos : Seleção e Organização

QUADRO Nº 3 CONTEÚDOS SELECIONADOS E FORMA DE ORGANIZAÇÃO

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA:		
	Gerência de Programas Comunitários de Saúde	Medicina Social: Sob a forma de Residência	Gestão de Programas de Saúde
CONTEÚDOS	<p>O conteúdo foi distribuído em treze disciplinas obrigatórias. (ANEXO A).</p> <p>O curso foi organizado em três módulos, os quais comportavam treze disciplinas (ANEXO B) ¹⁵</p> <p>Os módulos foram desenvolvidos em dois momentos : Momento de concentração em sala de aula e Momento de dispersão, no trabalho. (BAHIA, 1996; 1997b; 1998b)</p>	<p>Após a reformulação do Curso, este ficou com quatro áreas de concentração: planejamento, epidemiologia, saúde ocupacional e saúde da família.</p> <p>A área de concentração em Saúde da Família, a única oferecida, comportava, no primeiro ano, cinco disciplinas – Clínica da Família, Epidemiologia em Saúde Coletiva, Educação, Comunicação e Práticas Pedagógicas, Planejamento e Administração em Saúde e a disciplina Ciências Sociais em Saúde.(ANEXO C)</p> <p>E no segundo ano Tópicos em Saúde da Família. (ANEXO D)</p> <p>Além dos conteúdos teóricos, o curso oferecia estágios para o desenvolvimento de atividades práticas obrigatórias (ANEXO E).</p>	<p>Foram formalizados em nove disciplinas. (ANEXO F).</p> <p>Os módulos foram desenvolvidos em dois momentos, o primeiro momento de concentração em sala de aula e o segundo de dispersão, no trabalho. (BAHIA, 2000)</p>

¹⁵ A ordem da distribuição dos conteúdos iniciou-se pelas bases teórico epidemiológicas, seguido das disciplinas que dariam conta do módulo da vigilância da saúde e finalizando com a disciplina que trata sobre o gerenciamento de Sistemas Locais de Saúde.

QUADRO Nº 4 CONTEÚDOS SELECIONADOS E FORMA DE ORGANIZAÇÃO

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA		
	PITS -UESC	ISC/UFBA	-UEFS
CONTEÚDOS	<p>A primeira etapa do Curso se iniciou com dois módulos do Treinamento Introdutório¹⁶ (BAHIA, 2004; Inf. 03),</p> <p>Seguida de mais sete módulos: Metodologia da Pesquisa, Monitoramento da Saúde do Adulto, Monitoramento da Saúde da Mulher, Monitoramento da Saúde da Criança e do Adolescente, Monitoramento da Saúde do Trabalhador, Monitoramento da Saúde do Idoso e Monitoramento da Saúde Mental (ANEXO G).</p>	<p>Foram organizados seis módulos. Os cinco primeiros procuravam articular o conhecimento clínico, epidemiológico, social e político, o sexto módulo, visando a construção do sujeito, perpassa todos os outros de maneira interativa, ao longo do curso (ANEXO H).</p>	<p>Representado em vinte uma disciplinas (ANEXO I), distribuídas em cinco Módulos Temáticos: Bases Conceituais e Metodológicas da Saúde Coletiva; Políticas Públicas, Saúde e Cidadania; Planejamento como Tecnologia de Gestão em Saúde; Vigilância da Saúde; a Família como Unidade Social, Política e Cultural na Atenção à Saúde e as Oficinas Pedagógicas, ao final de cada módulo.</p>

5.2.2 Estratégia de Ensino Aprendizagem

Este item descreve a estratégia pedagógica adotada pelos cursos no intuito de implementar os conteúdos selecionados.

¹⁶Treinamento Introdutório. Curso curto, de 80 horas, dividido em dois módulos, alternando momentos de concentração (sala de aula) com momentos de dispersão (local de atuação), oferecidos aos membros das equipes de saúde da família no início de suas atividades na unidade de saúde.

QUADRO Nº 5 ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA:		
	Gerência de Programas Comunitários de Saúde	Medicina Social: Sob a forma de Residência	Gestão de Programas de Saúde
ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM	<p>O curso privilegiou a estratégia “integração ensino-trabalho”, pautando-se na pedagogia da problematização.</p> <p>As disciplinas foram realizadas mediante aulas expositivas, seminários, trabalhos de grupo e exercícios em horário intensivo (ANEXO J).</p> <p>Ao final de cada disciplina, eram realizadas <i>oficinas pedagógicas</i>, cinco no total¹⁷, nas quais procurava-se orientar aos alunos na articulação do conhecimento teórico aprendido com a prática a partir da elaboração de um plano de ação (NUNES, 1999. Inf. 07)</p>	<p>O eixo central do processo pedagógico era o processo de trabalho,</p> <p>Os conteúdos eram organizados de forma que o discutido em sala de aula orientasse a prática, isso era sustentando nos quatro momentos –explicativo, normativo, estratégico e tático-situacional- do planejamento estratégico-situacional. (Inf. 06)</p> <p>No primeiro movimento, o residente se apropriava do conhecimento sobre o território e da situação de saúde, baseado nos conteúdos das disciplinas: planejamento, epidemiologia, cultura e sociedade, educação, comunicação e práticas pedagógicas.</p> <p>Os conteúdos privilegiados incluíam:</p> <p>a) a revisão das políticas de saúde,</p> <p>b) metodologia de análise da situação de saúde; os indicadores e como fazer uma abordagem de problemas de saúde da população (Inf. 06),</p> <p>c) abordagem holística na Clínica de SF situando o doente em seu contexto familiar (Inf. 06).</p>	<p>O processo de trabalho dos alunos contemplava dois momentos: a “análise da situação” e a “realização de intervenções em saúde”. (BAHIA, 2000a).</p> <p>Os conteúdos emergiam de questões teórico-práticas cujas respostas se relacionavam com as práticas dos coordenadores regionais.</p> <p>Desse processo foram definidos conceitos-chave a serem trabalhados pelas disciplinas, bem como o campo disciplinar correspondente. (ANEXO K)</p>

¹⁷ “Trabalhando o território”, “Organização de SILOS”, “Controle Social”, “Sistema de Informação em Saúde” e “Gerenciamento de SILOS”. (NUNES, 1999)

QUADRO Nº 6 ESTRATEGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM

	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA		
	PITS -UESC	ISC/UFBA	UEFS
METODOLOGIA ENSINO APRENDIZAGEM	A abordagem pedagógica predominante no curso foram as aulas magistrais, desenvolvidas por disciplinas. (Inf. 02),	Com o propósito de capacitar e integrar os docentes e supervisores, numa lógica dialética e problematizadora do processo de ensino-aprendizagem as atividades seguiram a lógica da pedagogia da problematização, conforme o esquematizado a seguir: <i>Análise da realidade; identificação dos pontos-chave; teorização; formulação de hipótese de solução para o problema ou objeto em estudo; e aplicação à realidade.</i> (BAHIA, 2000b)	A metodologia adotada pelo curso na implementação das disciplinas estaria direcionada pelo princípio da problematização das práticas e da integração ensino-serviços, ao tempo que possibilitaria ao aluno refletir sobre a proposta de mudança do modelo de atenção à saúde vigente. Quanto às atividades teórico-práticas foram desenvolvidas através de exposição dialogada, seminários, trabalho de grupo, exercícios e oficinas pedagógicas, articuladas ao desenvolvimento de estágios supervisionados..

6 ANÁLISE

Como foi já explicado no capítulo 3, a análise será feita a partir das categorias analíticas de contexto, estrutura curricular e processo ensino aprendizagem, considerando as variáveis e os indicadores respectivos.

6.1 ANÁLISE DO CONTEXTO

Como o presente estudo, ao tratar da formação dos profissionais da saúde, transita, necessariamente, pelos setores educação e saúde, merecem consideração, para a análise de contexto, os fatores políticos e institucionais que orientavam esses setores durante o período em estudo.

Assim, a análise procura caracterizar o contexto gerado pela confluência das políticas públicas de saúde e de educação, através de seus princípios e diretrizes, planos e programas.

Nesse sentido, os Pólos de Capacitação, que surgem como estratégia articuladora dos setores saúde e educação na formação dos profissionais da saúde, confrontam-se com um contexto caracterizado pelo conflito gerado entre as forças favoráveis à reprodução das práticas vigentes e aquelas favoráveis à transformação dessas práticas, ora nos serviços de saúde, ora na academia.

O conflito no setor educativo se expressava na resistência de alguns setores da academia ao uso de metodologias de ensino que induziam a uma articulação ensino e serviço pautada em uma reflexão dos problemas da comunidade. Tal resistência se manteve apesar de ser, esta nova proposta, uma orientação metodologia sustentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Brasil, como se mostra na seguinte citação:

“[...] estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar

serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; [...]" [BRASIL, 1997c. art.43 – VI].

Assim, apesar dos princípios que orientavam a formação dos profissionais apontarem como finalidade “[...] o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho [...]” (BRASIL, 1997c, p. 01), a prática docente centrava seus esforços na preparação de profissionais, apenas voltada para inserção no mercado do trabalho lucrativo, sem levar em conta os problemas e as necessidades sociais de saúde da população, como propõe o artigo 2º da Lei que norteia os rumos da educação no Brasil:

[...] A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1997c, p. 01)

À semelhança do setor da educação, no setor saúde as propostas de mudança do modelo assistencial, com respaldo na Lei Orgânica da Saúde (CARVALHO,1992), enfrentam um conflito semelhante. Por um lado, os defensores da mudança do modelo de atenção à saúde que, empreendiam esforços na direção de transformar as práticas de saúde (que privilegiassem a abordagem bio-psico-social dos sujeitos), confrontam-se com o predomínio das práticas de saúde voltadas à atenção curativa individual e centradas na abordagem bio-fisiológico do processo saúde e doença.

Assim, enquanto as políticas públicas, explicitadas no âmbito jurídico que regia o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Educacionais, preconizavam a formação e a prática de saúde integrada e contextualizada no atendimento da população, a formação profissional da saúde e a prática desses profissionais seguiam, predominantemente, fragmentadas e isoladas do contexto social e político em que se desenvolvia a vida da população.

Foi nesse cenário que se deu o desenvolvimento do Pólo de Capacitação da Bahia, quer dizer, um cenário legalmente viável, porém, com

resistência dos micros poderes localizados nas instituições que representavam os projetos políticos em disputa.

Este descompasso entre os marcos jurídicos e os micros poderes, expresso no cotidiano das práticas na formação dos profissionais de saúde e na sua prática profissional, caracterizou as relações interinstitucionais da rede do Pólo da Bahia, o que explica, em parte, as situações de tensão entre os docentes que conduziam o processo e os docentes que apenas participavam do processo.

6.2 ANÁLISE DOS CURRÍCULOS DOS CURSOS

Como expressei no capítulo sobre procedimentos metodológicos, para a análise curricular foram assumidas como categorias analíticas: “estrutura curricular” e “processo ensino aprendizagem”. Portanto, este capítulo apresenta a análise de cada curso a partir da discussão destas duas categorias.

Mas como também a estrutura curricular e o processo ensino aprendizagem, de acordo com o pensamento da educadora Hilda Taba (1974), recebem a influência dos objetivos educacionais, pois segundo esta autora, “[...] os objetivos devem descrever tanto o tipo de conduta esperada [pelo aluno], como o conteúdo ou o contexto ao qual essa conduta se aplica [...]” (TABA, 1974 p.264),¹⁸ considere, como ponto de partida da análise, os objetivos gerais expressos na formulação dos cursos.

6.2.1 O Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde

¹⁸ Traduzido pelo autor

Levando em conta a premissa colocada no início deste capítulo, o objetivo que orientou o perfil dos alunos do Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde foi o de formar profissionais Instrutores/Supervisores do PACS, com capacidade para desenvolver **ações de vigilância à saúde**¹⁹ de forma integrada às práticas de serviços, considerando o contexto socioeconômico e cultural de sua área de atuação.

Além de qualificar os instrutores/supervisores nos conhecimentos e habilidades, os formuladores do currículo propunham desenvolver nos alunos atitudes cooperativas ante o trabalho em equipe multiprofissional, como também ações que favorecessem a coesão e a participação social (BAHIA,1998b).

Em outras palavras, o currículo proposto tinha como fim qualificar os instrutores/supervisores do PACS como sujeitos, com atitudes e habilidades, para desenvolver ações em saúde que articulassem conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, visando responder aos problemas e necessidades da população, no âmbito dos serviços (TEIXEIRA, 2002).

Os objetivos que direcionaram o curso em questão descrevem a conduta esperada, os conteúdos e o contexto em que seria aplicada essa conduta.

Para dar conta desses objetivos, os organizadores do currículo, na sua interação com a literatura, selecionaram treze disciplinas acadêmicas que, por sua vez, agruparam-se em três módulos que, ordenados do geral ao específico, começam por conhecimentos básicos dados pelas ciências sociais, políticas, pedagógicas, da comunicação e do método, até conhecimentos específicos em vigilância à saúde e gestão em saúde.

¹⁹ Proposta de modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos. (TEIXEIRA, 2002 P. 37)

O primeiro módulo, ao tempo que tratava sobre os processos sócio-cultural e histórico das sociedades, como determinantes do processo de saúde-doença e do papel desempenhado pelo Estado na organização dos serviços de saúde, visava capacitar seus alunos, tanto em metodologias pedagógicas no campo específico da educação em saúde, quanto em metodologia de pesquisa na perspectiva da saúde coletiva. Tudo isso sem deixar de discutir elementos fundamentais da comunicação social em saúde.

O segundo módulo, voltado para vigilância e controle dos fatores de risco à Saúde, apóia-se nos conhecimentos da epidemiologia e da clínica dando subsídio ao aluno para análise do estado de saúde da população e para intervenção sobre seu objeto específico.

O terceiro módulo, “Gerência de Serviços locais de Saúde”, composto por uma única disciplina que aborda assuntos da gestão dos sistemas de saúde no âmbito municipal, tem o intuito de complementar o leque de elementos conceituais que dariam subsídios aos especializandos para entender o conceito de Vigilância à Saúde.

Este último módulo apesar de estar composto por uma única disciplina, Gerência de Serviços Locais de Saúde, com relação à dosagem, em tempo, foi maior que os dois primeiros módulos (Bases Teórico-metodológicas e Vigilância à Saúde). Essa diferença na distribuição da carga horária demonstra o interesse dos formuladores do currículo em enfatizar os conhecimentos em gerencia, o que é pertinente ao perfil do profissional descrito pelos objetivos educacionais.

Interpretando a ordem estabelecida na estrutura curricular, deduz-se que a intencionalidade dos organizadores do curso foi a de que os instrutores/supervisores do PACS, apoiados nos conhecimentos básicos adquiridos no primeiro módulo, multiplicassem, para os Agentes Comunitários de Saúde, os conhecimentos aprendidos nos módulos II e III.

Percebe-se que a lógica seguida na organização dos conteúdos deste currículo enquadra-se na ordem explicativa, ou seja, que, só a partir de conhecimentos prévios necessários, é possível a compreensão de conhecimentos complexos (TABA, 1974).

Essa taxonomia do processo da aprendizagem determina, em certa maneira, uma trajetória linear do currículo, quer dizer, segundo esta lógica, o processo de aprendizagem apenas seria possível seguindo um único caminho (do básico ao complexo), negando, assim, a possibilidade da análise integral do objeto de intervenção.

Contudo, a estrutura curricular, ao permitir a alternância de momentos de concentração em sala de aula e momentos de dispersão no trabalho, facilitou, através das oficinas pedagógicas, a aproximação da teoria com a prática.

Quanto ao processo de implementação dos conteúdos, não houve coerência entre os objetivos e o processo de ensino aprendizagem desenvolvido no curso. Pelo contrário, a metodologia aplicada, segundo se percebe nos textos pesquisados, favorecia a transmissão de um conjunto de informações desarticuladas e descontextualizadas. Esta opção metodológica, ao contrário do explicitado nos objetivos do curso, colocava os Instrutores/Supervisores do PACS na condição de sujeitos passivos, subestimando-se a capacidade criativa dos estudantes. Tal situação evidencia a tendência condutivista do currículo.

Os depoimentos apresentados na oficina de Sistematização da Experiência do Pólo, em especial, daqueles atores que contribuíram na formulação da Proposta do Curso, reforçam a afirmação colocada acima:

[...] desde o ponto de vista pedagógico se tinha como grande expectativa fazer um curso que rompesse [...] com a fragmentação do conhecimento, a transmissão do conhecimento, a existência de disciplinas e a separação da teórica da prática. [Os mesmos declaram] que “com muito esforço se definiu os conteúdos, e mesmo que se quisesse

romper com as disciplinas, ainda, tinha-se uma cara tradicional” [APÊNDICE B]

A esse depoimento, posso agregar que, apesar da metodologia de ensino que deveria orientar o processo ensino aprendizagem proposta pelos organizadores do currículo (BAHIA 1996, 1998b) ser a da *pedagogia da problematização*, nos mesmos documentos pesquisados aparecem as aulas expositivas como metodologia privilegiada para o desenvolvimento das disciplinas do curso. Este formato de aula é contrário ao preconizado pela Pedagogia da Problematização.

Segundo o enfoque pedagógico da problematização, a aprendizagem acontece no momento em que o coletivo de sujeitos **reflete** a prática vivenciada à luz do conhecimento sistematizado, sendo as necessidades de aprendizagem geradas pela reflexão da realidade (BRASIL, 1983).

Segundo o observado nos documentos, o tipo de avaliação implementada no currículo centra seus esforços no desenvolvimento dos alunos quanto ao conhecimento específico da disciplina e no cumprimento das normas estabelecidas pela universidade. Mas não foca os objetivos curriculares que dizem do perfil do profissional.

6.2.2 Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência

Seguindo o mesmo padrão para a análise curricular, pode-se afirmar que o objetivo que orienta a perfil dos profissionais a serem formados no Curso de Especialização em Medicina Social descreve tanto a conduta esperada dos alunos ao final do curso, quanto o contexto em que essa conduta seria aplicada. Assim:

[...] formar especialistas em medicina social, com habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à execução e à coordenação de práticas de saúde integrais, oportunas, contínuas e de qualidade, destinadas a territórios-populações delimitados [BAHIA, 2001 p 3].

Segundo esse objetivo, o perfil do profissional a formar se aproxima do perfil descrito por Paim quanto à dupla face do especialista em saúde coletiva:

É a utilização desses distintos meios de trabalho [...] o saber epidemiológico, os conhecimentos da clínica, ciências sociais – antropologia, sociologia, economia, política, da ecologia, o planejamento, a programação, o controle e a avaliação das ações dos serviços de saúde [...] que compõe a dupla-face do “*especialista em saúde coletiva*”: *técnico de necessidades de saúde e gerente de produção de serviços*. (PAIM, 2002, p. 219).

Na descrição do objetivo, vale a pena destacar a preocupação dos formuladores do currículo na procura de desenvolver nos alunos a visão do princípio da integralidade da atenção. Para tanto, os objetivos do curso enfatizavam a realização de práticas integrais, oportunas, contínuas e de qualidade, características que o identifica com a proposta da Vigilância à Saúde.

Ainda em relação aos objetivos do curso, chama a atenção o recorte geográfico sugerido para a atuação dos profissionais, o que reforça a preocupação com a formação profissional coerente com uma das propostas dos modelos alternativos, isto é: orientar as ações de intervenção dos profissionais a territórios-populações delimitados, como preconiza a estratégia de Saúde da Família.

Esta tendência de adequar o perfil dos profissionais ao desempenhado no posto do trabalho dá ao currículo um traço dos “modelos das competências” descrito por Deluiz (2001) e expresso na LDB 9394/96.

Seguindo nessa linha, as disciplinas selecionadas para o alcance desses objetivos foram relativas às ciências sociais, à epidemiologia, à gestão e à clínica, tendo a saúde da família como única área de concentração oferecida pelo cursos.

Segundo as ementas das cinco disciplinas que comportavam o primeiro ano do curso, as mesmas focam tanto os diferentes aspectos relacionados com os determinantes e condicionantes do estado de saúde da população, quanto os aspectos relacionados com a gestão.

Entre eles, destaca-se a disciplina clínica da família que, além de considerar os aspectos antes mencionados, discutia a operacionalização da prática interdisciplinar, em torno da família, nas diversas categorias que comportavam o curso.

Espaço de convergência dos diferentes conteúdos disciplinares e dos conhecimentos multiprofissionais - medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e farmácia, visando a discussão operacional das práticas, de forma interdisciplinar tendo como eixo a unidade familiar. (BAHIA, 2001 p. 07)

Destaca-se também a epidemiologia como uma das disciplinas com maior dosagem no currículo. No segundo ano, a única disciplina desenvolvida (tópicos em saúde da família) focava aspectos relacionados com a gestão de tópicos da saúde coletiva no âmbito municipal e estadual.

Apesar de que os objetivos do curso focavam o aspecto social, na dosagem dos conteúdos privilegiaram-se as disciplinas de clínica da família e da epidemiologia, em detrimento dos conteúdos que visavam o aspecto social. Contudo, os formuladores do currículo privilegiarão a prática em serviços dedicando mais de 80% da carga horária às atividades em serviços, questão esta última considerada, por Paim (2002) fundamental na aproximação do processo educativo ao mundo do trabalho.

Por outro lado, a organização dada à estrutura do currículo, onde se alternava um dia de aula por quatro dias em campo, permitia, durante o desenvolvimento de algumas disciplinas, refletir sobre a prática.

Apesar da organização dos conteúdos ser por disciplinas, o desenvolvimento destes não seguiu a linearidade dos currículos fechados criticados por Macedo (2002). Isto porque, ao articular 32 horas de atividades

práticas com 8 horas de teoria, facilitou o entrosamento destes dois mundos (teoria, prática), de maneira que a execução dos conteúdos, desde o ponto de vista do currículo tradicional, teve um desenvolvimento atípico, como mostra o depoimento abaixo:

“[...] iniciava-se com o elementos teórico das disciplinas que orientavam à apropriação do conhecimento do campo de trabalho, seguindo os quatro momentos do planejamento tático situacional (explicativo, normativo, estratégico e tático-situacional), os alunos refletiam sobre a sua prática” (Inf. 06).

Embora o formato na implementação dos conteúdos tenha sido do tipo disciplinar, combinava-se diferentes formas didáticas, chamando a atenção a procura na superação da forma tradicional de ensino, talvez forçada pela estrutura curricular que articulava a teoria com a prática. Contudo, nos documentos revisados, não achei detalhamento da didática utilizada nas salas de aula.

Uma particularidade deste curso foi sua prolongação no tempo, pois, tem sido o curso que teve mais edições. Esta característica facilitou observar, na sua trajetória, mudanças tanto no seu conteúdo como na forma de implementação dos mesmos, inclusive com forte influência do meio.

Dentre as constantes mudanças do curso ao longo de sua trajetória, como as de conteúdo e de clientela, destaca-se a mudança de enfoque no perfil dos profissionais, de uni-disciplinar para o enfoque interdisciplinar.

Estas mudanças podem ser interpretadas como resultado do permanente dialogo estabelecido entre o currículo e o contexto, demonstrando a clara tendência aberta do currículo.

6.2.3 Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde

O perfil esperado para os profissionais egressos do Curso, contido nos objetivos curriculares, é a formação de profissionais com capacidades para interpretar os aspectos políticos, técnicos, administrativos e programáticos dos sistemas locais de saúde, à luz do processo de municipalização das ações e serviços de saúde.

Nesses objetivos destaca-se o interesse dos formuladores do curso pelo domínio dos aspectos político-administrativo do sistema local de saúde, por parte dos formandos, pois, tratava-se da construção do perfil dos gestores do Programa de Agentes Comunitários na Bahia. Por isso, no processo de construção desse perfil, perguntava-se: “Qual é o papel dos Coordenadores Regionais?, o que eles devem fazer?” (Apêndice B).

Para dar respostas a essas interrogações, o currículo valeu-se de um conjunto de “conceitos-chave” que, por sua vez, foram subsidiados por nove disciplinas, as quais, ao mesmo tempo, se articulavam visando dar resposta às questões levantadas a partir do processo de trabalho vivenciado pelos alunos.

No entanto, nos documentos revisados, aparecem os conteúdos expressos no formato disciplinar. Os conteúdos destas disciplinas orientavam-se a partir dos *conceitos-chave* previamente identificados no processo de trabalho dos Coordenadores Estaduais do PACS.

Desta maneira, percebe-se a intencionalidade dos formuladores do curso em orientar os conteúdos a partir das necessidades dos profissionais alvos do curso, e não orientá-los seguindo, apenas, a lógica das disciplinas selecionadas.

Nesse sentido, a organização dos conteúdos do currículo em questão coincide com o pensamento defendido por Macedo já que, segundo este autor, o currículo não deve, necessariamente, ser fiel à trajetória traçada

nos objetivos detalhadamente desdobrados; pois “[...] o currículo é aberto na medida em que acolhe, reflexivamente, os movimentos contraditórios do real; vive a dialogicidade e a dialeticidade da realidade” (MACEDO, 2002, p. 61-62).

Na fala de um dos participantes da Oficina de Sistematização da Experiência do Pólo, pode-se evidenciar a intencionalidade dos formuladores em romper com o modelo disciplinar. “[...] Foi o primeiro curso que rompeu com o modelo disciplinar. Dizemos “a gente vai articular os conteúdos a partir dos conceitos –chave [...]” (Apêndice B; 01-C-03)

Para tratar a questão central sobre: “Como o sistema de informação do PACS tem contribuído na análise dos problemas de saúde e no planejamento e avaliação das intervenções realizadas nos municípios?”, foram identificados os conceitos-chave “problema de saúde, risco, indicadores de saúde e perfil epidemiológico”, sendo convidada a epidemiologia como única disciplina para tratar o assunto, segundo o depoimento de uma informante chave, embora o enfoque dos conceitos fosse multidisciplinar.

E muitas vezes assim, ainda uma ou mais disciplinas trabalhassem o mesmo conceito, a gente priorizava. Obviamente, isso indicava que um docente assumia, mesmo tentando incorporar o olhar de aquela outra disciplina, mas numa forma que a gente começou também a pensar, compatibilizar, articular (Inf. 08).

De fato, a organização e a implementação dos conteúdos fugiram totalmente da influência da lógica das disciplinas. Reconheço o grande avanço na organização da estrutura curricular deste curso, se se aceita que o fio condutor dos conteúdos, na sala de aula, foram os conceitos-chave e não a lógica das disciplinas.

[...] apesar de que a gente ainda tinha uma estrutura disciplinar com docentes vinculados à disciplina.. Em aquele momento que disciplina trabalhava aquele conceito, então, sem pensar foram-se identificando disciplinas... há disciplinas correspondentes que trabalhavam ou que davam suporte aquele conceito do ponto de vista do trabalho. E fomos implementando o curso assim, ainda que tivéssemos disciplinas o roteiro, a forma como essas disciplinas, elas se mesclavam o tempo todo no curso, partindo dessas questões

e desses conceitos que a gente trabalhava, e construindo, sempre, a gente tinha na dinâmica do processo de trabalho [...] [Inf. 08]

Contata-se que a seqüência na discussão dos conteúdos foi determinada pelas questões centrais, pois tais questões convocavam à discussão de um determinado assunto ou problema, às disciplinas, as quais, tomavam os conceitos chaves como eixo.

Desta maneira, garantia-se uma abordagem integral do assunto em discussão, evitando a tradicional fragmentação dos conteúdos que seguem a lógica disciplinar, porque, como afirma Taba (1974, p 25), “[...] se a aprendizagem é uma totalidade orgânica, o currículo não poderia ter uma estrutura fragmentada”

Contudo, os formuladores do currículo não apenas se preocuparam em romper com o formato das disciplinas, mas também percebe-se preocupação pelo desenvolvimento de habilidades e pela assunção de valores ligados ao perfil dos profissionais. Isso ficou evidenciado na descrição do perfil :

[...] devem desenvolver as seguintes habilidades: resolução de problemas; comunicação; didáticas; trabalho cooperativo e co-responsável em grupos multidisciplinares [...] [quanto às atitudes eles,] devem demonstrar: respeito às diferenças que impõe o trabalho interdisciplinar; confiança nas habilidades dos profissionais e da população para aprender por si mesmos e com os outros [...]. (BAHIA 1997a p. 2)

Nesse texto, observa-se o cuidado em construir o perfil do profissional baseado no posto de trabalho, tendência que aproxima a proposta do currículo do curso ao “modelo das competências”, de acordo com a taxonomia feita por Deluiz (2001). Segundo a classificação deste autor, o currículo deste curso enquadra-se no tipo de currículo por competência com abordagem construtivista, pois os alunos/trabalhadores, a partir do vivenciado na sua prática, contribuem no processo de construção dos conhecimentos visando o posto de trabalho.

6.2.4 Curso de Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

O objetivo que orientou o perfil esperado para os alunos do Curso Especialização em Saúde Família para os Profissionais do PITS foi formar profissionais da saúde – médicos e enfermeiros - para desempenho de atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde sob a estratégia de Saúde da Família, através de ações e abordagem coletivas e clínico-individuais.

Nesse sentido, o conteúdo selecionado para dar conta do objetivo do curso toma como eixo estruturante do currículo assuntos que tratam do ciclo de vida da família.

Seguindo esta linha, o curso, que inicia com o módulo “treinamento introdutório”²⁰, o qual fornece ferramentas para atuação da equipe de saúde e dá subsídios sobre o funcionamento do PSF, é seguido por cinco módulos que, ao desdobrarem-se em aspectos metodológicos e do ciclo vital familiar, percorrem uma trajetória linear sem interação com o meio, dando um caráter fechado ao currículo.

Interpretando a fala de um informante-chave, o desenvolvimento do curso aconteceu de maneira descontextualizada e sem a devida dialogicidade com o meio. O coletivo de docentes e discentes não problematizava a prática.

[...] o que estava pontado no SIAB... mesmo que se fazia essa relação alguns professores não conseguiram, realmente, fazer a problematização. Não tive uma reflexão crítica, reflexiva da realidade tomando como base os dados do SIAB [...] [Inf. 03].

²⁰ Treinamento Introdutório curso de curta duração, de 80 horas, oferecido às Equipes de Saúde da Família no início de sua atuação.

Percebe-se que, além dos problemas da prática docente na implementação desta metodologia, os problemas administrativos e na organização dos serviços contribuíam também na descontextualização do aprendizado,

[...] por exemplo, o Ministério não pagava a manutenção das unidades se a equipe de profissionais não tivesse completa [silêncio] o processo foi desgastante [silêncio] se dedicava muito tempo resolvendo problemas administrativos. [...] Então essa falta de gestão do município interferia nos resultados do processo ensino aprendizagem do aluno [silêncio] tinha situações onde os profissionais, com unidades, assim, de ter que fazer as oficinas de territorialização baixo da mangueira, quer dizer, de não ter as condições mínimas para o trabalho. [...] Eu considero todo isso como a grande falha de esse processo (Inf. 03).

Apesar do propósito do PITS ter sido o de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médicos sanitários, na seleção dos conteúdos não se percebeu assuntos que induzissem a adesão destes profissionais a este propósito.

Embora a implementação dos conteúdos tivesse sido sob a estrutura modular com Momentos de Interação Pedagógica (MIP) e Momentos de Interação no Trabalho (MIT), alternando a teoria com a prática, não se evidenciou, nos dados coletados, indícios de reflexão da atividade prática, nos MIP. Pelo contrário, segundo depoimento de informantes-chave, no desenvolvimento do mesmo predominou o formato por disciplina e a transmissão de conhecimento como metodologia didática, forma que, como já foi comentado, não combina com a pedagogia da problematização.

Esta observação é confirmada na fala de um informante-chave entrevistado, ao justificar que “[...] apesar da estrutura pedagógica ter sido baseada na reflexão sobre o processo de trabalho, problemas administrativos comprometeram esse tipo de abordagem”.

Depois do introdutório nós fizemos questão para as disciplinas ai, saúde da criança, saúde do adulto, ele estava dividido em módulos da criança, adulto, trabalhador, idoso, diabéticos, tuberculoso

[silencio] o que estava pontado no SIAB [silencio] mesmo que se fazia essa relação, alguns professores não conseguiram, realmente, fazer a problematização. Não tive uma reflexão crítica, reflexiva da realidade tomando como base os dados do SIAB (Inf. 03)

Mesmo que a situação relatada pelo informante-chave não pareça ser uma constante no desenvolvimento dos cursos, a mesma acontecia com relativa frequência, segundo o percebido na fala de outro informante-chave.

No último dia do curso os tutores estariam presentes para que pudesse junto com os alunos instituir um tarefa para ela ser aplicada no campo com todos os conteúdos aprendidos naquela semana, aí quando o tutor ia ao município, uma vez por mês, aí eles deveriam apresentar a tarefa para poder discutir com o tutor. Isso foi a concepção, ocorreu assim não muitas vezes, porque eles tiveram outros problemas que interferiu diretamente no resultado. [Inf. 02]

Em outra das falas, ambos informantes comentaram que fatores administrativos dificultaram a reflexão dos problemas da realidade:

[...] os problemas administrativos dificultavam, o aluno não conseguia nem conversar de como estava o serviço, questões da prática, dos processos de trabalho não dava conta dos módulos por estar resolvendo problemas administrativos [...] [Inf. 03].

Contudo, o perfil traçado pelos objetivos do curso teve como foco contribuir com os propósitos do SUS e os conteúdos foram orientados às necessidades dos profissionais de saúde da família, cumprindo, em parte, com os propósitos do Pólo de Capacitação da Bahia.

Apesar de que a distribuição da carga horária, aparentemente, privilegiasse alguns módulos, percebe-se, na descrição de todos os módulos, um enfoque integral do assunto tratado.

6.2.5 Curso Especialização em Saúde da Família – UFBA

Baseado nas considerações feita no início do capítulo quanto à análise curricular, percebe-se, nos objetivos que orientaram a estrutura

curricular do curso Especialização em Saúde da Família – UFBA, o uso de estratégias que focavam a construção do sujeito. Tais estratégias se baseavam na discussão do papel do profissional de saúde, facilitando, assim, o trabalho em equipe interdisciplinar, como também a aquisição de conhecimentos e habilidades para a gestão de sistemas locais de saúde.

Nesse mesmo sentido, discutiam-se as estratégias para sua atuação na reformulação do modelo de atenção vigente, distanciando-se, assim, dos currículos que historicamente têm pretendido manter o “status quo” na sociedade, em outras palavras, afastava-se, quanto a sua pretensão, das chamadas “teorias tradicionais de currículo”, como classifica Silva (2004).

Analisando esses objetivos à luz do postulado por Taba (1974), observa-se que os mesmos, além de descrever a conduta esperada pelos alunos e os conteúdos do currículo, contemplam a criação de espaços de discussão, visando a construção conjunta do perfil dos profissionais, condição que facilitava, por sua vez, o diálogo do currículo com o ambiente. A seguinte fala de um informante-chave pode evidenciar o afirmado:

[...] a própria construção coletiva que foi se dando ao longo do tempo; então, a gente tinha reuniões periódicas, supervisões, uma sugestão aqui outra ali. Houve essa abertura ao diálogo, então, essa abertura ao diálogo, a construção, a clareza da opção pedagógica... e esse diálogo, essa construção mais coletiva eu acho que facilitou bastante. Não só facilitou na construção do curso, como também ajudou na superação dos problemas que a gente enfrentou durante a realização do curso (Inf. 01 p 02).

Os objetivos do curso foram desdobrados através de seis módulos que, seguindo uma determinada lógica, visavam a integralidade do currículo na perspectiva da construção de sujeitos solidários, críticos, criativos e flexíveis. (BAHIA, 2004)

Na procura da construção desse perfil nos sujeitos, os seis módulos foram articulados entre si, sendo que os dois últimos –o quinto e o sexto- eram transversais, de tal forma que o primeiro abordava assuntos sobre comunicação e educação em saúde e o segundo assuntos relacionados com a

construção do sujeito das novas práticas. Ambos tinham em comum articular-se com as temáticas trabalhadas nos outros módulos, fundamentalmente com aspectos relacionados à construção do sujeito na perspectiva da comunicação e a educação em saúde.

Para isso, os formuladores do currículo deram um ordenamento à estrutura curricular de forma que a carga horária do quinto e do sexto módulo ficou distribuída ao longo de todo o curso, quer dizer, o conteúdo desses módulos acompanhou temporal e conceitualmente o desenvolvimento de cada um dos outros quatro módulos, no intuito de incorporar os conceitos discutidos em cada módulo na construção do sujeito das novas práticas. A seguinte fala ilustra melhor o comentado:

[...] mas no geral assim o curso foi bom, atendeu as expectativas acho que algumas coisas precisam ser corrigidas, tipo incluir a oficina metodológica como transversal da mesma forma que a educação e comunicação e saúde foi transversal que foi outro ponto que eu acho que foi alto no curso, houve uma valorização muito grande. (Inf. 01)

O processo ensino aprendizagem foi baseado na reflexão sobre o processo de trabalho. Depoimentos, como o seguinte, dão suporte a essa afirmação:

[...] nós começamos a programar este curso a partir do próprio processo de trabalho dos profissionais. Então, uma das bases pedagógicas do curso é o processo de trabalho dos profissionais. Ou seja, o trabalho enquanto princípio educativo (Inf. 01).

Durante os Momentos de Interação Pedagógica, os alunos comentavam suas experiências vivenciadas no trabalho e, a partir de tais comentários, abria-se a discussão, auxiliado no conhecimento sistematizado, assim:

[...] se a temática era a saúde da criança, a orientação era que o professor, o docente, ele tentasse estimular para que os alunos falassem de suas experiências e a partir dessas experiências fosse construindo o conhecimento ou puxando o próprio conteúdo que o professor tinha, ou seja, para não chegar só com aquele conteúdo [...]. Então convidamos algumas pessoas, oferecemos textos ou então a gente convidava alguém ou a gente pegava textos e no

encontro seguinte a gente discutia. Do ponto de vista do desenvolvimento dos conteúdos em sala, da relação, se tentou seguir a pedagogia da problematização que em grande parte eu acho que se conseguiu. (Inf. 01 p 2).

Além da Pedagogia da Problematização ter se constituído em um fator importante no desenvolvimento do currículo, destaca-se a concentração dos esforços dos responsáveis pelo curso na construção do sujeito.

6.2.6 Curso de Especialização em Saúde da Família – UESF

Os objetivos que orientaram a construção do perfil dos alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família -UESF, bem como o objetivo que orientou a sua estrutura curricular foram expressos na proposta do curso, como é colocado na seguinte citação:

[...] formar profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, para a atuação no Programa de Saúde da Família, através da estratégia de atenção primária à saúde, no desenvolvimento de ações de promoção ampliada do processo saúde-doença, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde (BAHIA, 2000c p. 6).

Nesse objetivo observo sua pertinência com os propósitos do Pólo de Capacitação da Bahia, como também a sua correspondência com as afirmações de Taba em relação à descrição dos objetivos educacionais (TABA,1974).

Tendo como cenário de atuação do aluno o Programa de Saúde da Família, foram selecionados da literatura conteúdos que tratavam assuntos relacionados à política de saúde, à vigilância epidemiológica, à clínica e às ciências sociais e à gestão local de saúde, os quais têm correspondência com os conteúdos considerados por Paim (2002) quanto ao perfil dos profissionais especialista em saúde coletiva.

São assuntos que, segundo o achado num dos documentos pesquisados, procuravam preencher, nos profissionais, lacunas geradas na sua formação (BAHIA, 2000c), embora, nos documentos revisados, não tenha achado dados que evidenciassem aprendizado ou habilidade no trabalho em equipe, assunto preconizado pelo modelo de saúde.

Apesar da abordagem pedagógica preconizada nos documentos ter sido a da problematização, nos mesmos não encontrei dados que evidenciassem essa abordagem na implementação dos conteúdos do curso.

Vale salientar, ainda, que o curso, na pretensão de articular a teoria com a prática, alternava atividades teóricas, em sala de aula, com atividades práticas, através dos momentos de concentração e de dispersão respectivamente. Contudo, o formato por disciplinas predominou na implementação do currículo. Isso fica evidenciado no seguinte texto tomado do projeto original do curso:

[...] O curso será desenvolvido através de atividades em sala de aulas com carga horária de 30 horas semanais [...] de segunda a quinta feira, quando será oferecida uma disciplina por cada dia da semana (BAHIA, 2000c p. 9).

Chama a atenção a dosagem eqüitativa das disciplinas, dando a mesma oportunidade de exposição a todas, sugerindo com isso, igual importância para as mesmas quanto à sua participação na formação dos especializando.

Quanto ao conteúdo selecionado no currículo, percebe-se a aproximação do mesmo aos currículos propostos na formação dos profissionais da saúde coletiva. No entanto, a forma como foi programada a implementação desses conteúdos foi contrária à formação dos sujeitos críticos, preconizada nessa mesma proposta.

7 TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO POLO DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O PESSOAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo analiso a trajetória dos cursos pretendida nos seus respectivos desenhos curriculares, e a trajetória traçada pela prática dos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, especialmente, pela prática docente.

Após a análise dos currículos implementados pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família da Bahia, posso afirmar que os desenhos curriculares propostos pela Rede Pólo corresponderam às políticas e diretrizes preconizadas pelos setores saúde e educação.

Assim, os currículos procuraram a formação de profissionais com competências gerais na atenção à saúde. Os mesmos, na organização da sua estrutura, selecionaram, da literatura geral, conteúdos que propiciavam conhecimentos sobre comunicação, administração, gerenciamento e educação em saúde; de igual maneira se privilegiou, o tempo todo, o contato com as reais necessidades da população, na forma como eram preconizadas nas políticas públicas destes dois setores.

Observei que o Pólo de Capacitação da Bahia propôs, na formulação dos currículos de seus cursos, estratégias pedagógicas pertinentes à construção de perfis compatíveis com o perfil dos profissionais requeridos pela proposta da Vigilância à Saúde, isto é, incorporou metodologias de matriz construtivista, a exemplo da Problematização, a qual, numa estreita relação professor aluno, permite tanto a construção do conhecimento, a partir da interação do sujeito com o meio, quanto a formação de sujeitos críticos e reflexivos, prontos a lidar com a subjetividade e a diversidade moral e cultural das pessoas.

Mas, levando em conta que o currículo não implica, apenas, no desenho da estrutura curricular e na escolha da opção pedagógica, mas, também, como afirma Macedo (2002), na participação do coletivo de sujeitos (professores e alunos) que interagem tanto no espaço formal quanto no espaço informal no alcance dos objetivos educacionais, vale a pena discutir a dinâmica desse coletivo.

É, justamente, na interação deste coletivo onde identifico, ao mesmo tempo, práticas docentes coerentes com as metodologias pedagógicas propostas nos currículos, tanto quanto práticas docentes desfavoráveis a tais propostas.

Assim, parto do pressuposto de que qualquer sujeito que atue como agente educador, ciente ou não, segue uma determinada opção pedagógica, como assinala o relatório de uma Oficina de Trabalho realizado no Ministério da Saúde que tomou como referência a contribuição de Bordenave:

[...] profissionais que atuam como professores, ou instrutores, como educadores, os inspetores e agentes de saúde ao desenvolverem processos educativos ou ao utilizarem métodos e meios de ensino-aprendizagem, adotam uma pedagogia, ou seja, cientes ou não, fazem uma opção como escolha de uma concepção sobre a melhor maneira de ensinar e das pessoas aprenderem. Esta pedagogia escolhida, por sua vez, fundamenta-se em uma determinada teoria do conhecimento (BRASIL, 1983, p. 65).

Assumindo esta perspectiva, é que pretendo explicitar o conflito gerado pelas práticas docentes no processo de implementação dos conteúdos e das experiências pedagógicas dos currículos em estudo. Nesse sentido, Fernandez (2004), estudioso da relação da instituição escolar e do importante papel que a mesma cumpre como instrumento de equiparação social, argumenta que:

A escola foi e continua sendo um importante instrumento de equiparação social, ao contrario de que muitas vezes, deforma unilateral, é afirmado sobre seu pretensio papel reprodutivo. Não há contradição entre programar, ao mesmo tempo, o papel reprodutor e transformador da instituição escolar. (FERNANDEZ, 2004 p. 76).

Esse duplo papel da Instituição Escolar, na afirmação de Fernandez (2004), fica mais claro quando Testa (2004), ao referir-se aos dois aspectos do poder inseridos no conceito de organização, distingue um aspecto institucional (o poder burocrático consolidado pela instituição) e um poder exercido pelos sujeitos que, pertencendo à mesma instituição, agrupam-se em torno de seus interesses comuns.

Na verdade, o que o autor, Testa (2004), sugere é que qualquer consideração sobre poder deve ser feita, por um lado, na diferenciação dos tipos de poder específico (técnico, político e administrativo) e, por outro lado, em relação aos resultados do exercício do poder. Esta última, foi a consideração levada em conta neste estudo.

Nesta consideração (relação dos resultados do exercício do poder), segundo Testa, “[...] existe o poder cotidiano que se refere a ‘que’ e ‘como’ fazer as coisas” (TESTA, 2004 p. 117)²¹. Isto, na linguagem do autor, gera uma ‘disputa’ entre os diferentes grupos que se associam.

O poder cotidiano implica o Poder Societário [Macro-política], porque o tipo de sociedade [Modelo] a ser construída implica o que fazer e como fazer quotidianos, âmbito onde estão localizados mecanismos de dominação pessoal que reproduzem [ou transformam] na escala dos indivíduos a dominação de uma classe pela outra (TESTA, 2004, p 118).

É, portanto, no cotidiano que acontece o duplo papel da instituição escola, onde grupos de docentes, cientes ou não, favorecem ou rejeitam uma determinada prática social; uns tomam iniciativas de mudanças, outros, resistiram a tais propostas, como se evidencia na fala de um membro do grupo responsável pelas propostas curriculares:

Nosso espaço de manter-se na liderança política e pedagógica da formulação da proposta de capacitação, [...] mas isso foi muito difícil, porque, embora respeitado por sua competência técnica, havia muito questionamento das instituições, ainda hoje há! [...] (Inf. 07) .

²¹ As aspas e os vocábulos **que** e **como** são acrescentadas por mim, porque os mesmos, apesar de terem sido usados com conotação diferenciada por alguns dos autores citados, no presente trabalho têm significado o “que” e “como” fazer currículo.

Apoiado nesses pressupostos é que entendo como o conflito gerado entre as diversas práticas docentes contribuiu com a distorção da metodologia de ensino-aprendizagem proposta nos currículos em estudo. Assim, enquanto uns adotavam, para a implementação dos conteúdos de ensino-aprendizagem, metodologias pedagógicas de matriz construtivista, outros aplicavam didáticas compatíveis com a matriz condutivista/behaviorista.

Quer dizer, diante de propostas metodológicas que exigiam a reflexão dos problemas da realidade, estimulando a criatividade dos educandos, praticava-se técnicas de transmissão de conhecimento, as quais, segundo estudiosos da psicologia, conduzem à formação de sujeitos passivos, descontextualizados e acríticos.

Desta maneira, o currículo que, no seu desenho, visava a construção de um sujeito com perfil próximo ao preconizado pelas políticas setoriais –“um sujeito com uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, através de uma prática tecnicamente competente e humanizada” (BRASIL, 2000, p.5)-, ficou comprometido quanto à sua implementação, pelo exercício do poder cotidiano do coletivo de sujeitos que participavam do processo de formação dos profissionais da saúde.

Contudo, a experiência vivenciada pela Rede do Pólo de Capacitação da Bahia apresentou avanços significativos, que podem ser evidenciados na evolução dos cursos, no período estudado. Assim, seguindo a trajetória traçada pela linha do tempo, reconstruída coletivamente pelo grupo condutor do processo do Pólo, foi possível perceber, através da análise, o quanto as propostas curriculares estudadas se aproximaram ou distanciaram do currículo.

Desse modo, ao analisar a linha do tempo posso afirmar que o primeiro curso, Especialização em Gerência de Programas Comunitários de

Saúde, preconizou a *Problematização*, como metodologia pedagógica, no entanto, na prática, o curso foi tipicamente tradicional, quer dizer, pautado pelo formato das disciplinas e da transmissão de conhecimentos como forma pedagógica.

No segundo na ordem histórica da Rede Pólo, porém o mais antigo, Curso de Especialização em Medicina Social, sob a Forma de Residência, apesar de ter sido uma reformulação de sua versão original, a partir das lições aprendidas com o curso anterior e de ter uma forte relação com o mundo do trabalho, o formato disciplinar predominou na estrutura curricular, privilegiando a exposição de conteúdos e a transmissão de conhecimento como abordagem pedagógica.

Ao contrário destes cursos anteriores, o Curso de Especialização em Gestão de Programas Comunitários, o terceiro na ordem, deu um salto significativo tanto na sua concepção como na sua implementação. Este curso foi o que mais avançou no rompimento com o formato disciplinar, na medida em que o seu conteúdo foi organizado a partir de conceitos chaves extraídos da realidade concreta dos alunos. As disciplinas acadêmicas foram convidadas a dar subsídio nas discussões acontecidas nas salas de aulas.

O conteúdo deste curso, além de ser novidade na sua organização, teve a vantagem de ser implementado por um coletivo de sujeitos identificados com a proposta metodológica, questão que facilitou a aplicação da metodologia sem os embates decorrentes de práticas docentes não convergentes.

Na sua organização o curso de Gestão de Programas Comunitários, rompendo totalmente com o formato por disciplinas, centrando seu foco no posto de trabalho, quer dizer, na análise dos problemas da população, constitui-se no currículo do modelo pelas competências da matriz crítico-emancipatória.

Alterando um pouco a ordem de apresentação dos cursos, quero referir-me ao quinto curso, Especialização em Saúde da Família, até porque, do total dos cursos em estudo, os três últimos cursos (o quarto, o quinto e o sexto), foram elaborados na mesma época, no ano 2000, sendo que este curso, o quinto, junto aos cursos um, dois e três, foram concebidos e coordenados por um único grupo de docentes.

Vale salientar que os currículos implementados por este grupo foram os que apresentaram uma crescente e gradual aproximação ao tipo de proposta curricular que mais se adequou à formação dos profissionais requeridos pelos modelos de atenção alternativos. Este achado reforça o pressuposto de que os sujeitos e suas práticas cotidianas contam. Ou seja, a trajetória de um currículo não é dada pelo seu desenho apenas; a prática docente é, também, decisiva nessa trajetória.

Este quinto curso, seguindo a ordem de execução dos cursos, além de corresponder, como os cursos anteriores, aos requisitos do contexto delimitado pelas políticas setoriais da saúde e da educação, foi um dos cursos que teve uma concepção de estrutura e metodologia mais coerente, internamente, e mais afinado com a formação de profissionais competentes e comprometidos com o fortalecimento do SUS. Assim confirmam os depoimentos de participantes na oficina de sistematização da história do Pólo, “[...] eu acompanhe pouco esse curso e fui docente de um módulo, apenas [...] mas do ponto de vista do projeto, foi o melhor projeto, sem dúvida, que foi produzido por nos [...]” (Apêndice B)

Contudo, apesar do curso, na sua organização, ter privilegiado o formato modular, a prática docente influenciada pela lógica das disciplinas esteve presente nas aulas, sobretudo, nas aulas conduzidas pelos docentes que não tinham domínio da metodologia proposta no currículo.

[...] em sala de aula, a gente tentou orientar pela problematização. Então o que foi que aconteceu no início do curso: nós fizemos uma oficina pedagógica que infelizmente nem todos os professores participaram, especialmente os professores de clínica, são os quatro

do módulo de clínica. Mas de qualquer modo foi uma tentativa da gente dar uma orientação geral de como as pessoas deviam trabalhar seguindo a pedagogia da problematização. Obviamente, que nem todos conseguiram fazer isso [...] (Inf. 01).

Cabe destacar que, na sua tendência de aperfeiçoamento do currículo, o grupo de condução que centrou seus esforços na construção do sujeito e propôs a pedagogia da problematização como método de ensino-aprendizagem confronta-se, mais uma vez, com as contradições decorrentes das práticas docentes.

Retomando a ordem cronológica, o curso quarto, Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS. Este curso, à semelhança do primeiro curso, Gerencia de Programas Comunitários de Saúde, apresentou uma estrutura curricular coerente com as políticas setoriais, uma proposta metodológica adequada à formação dos profissionais requeridos, mas o processo de implementação do plano de ensino, mais uma vez, enfrenta o problema da prática dos sujeitos envolvidos na implementação do currículo. Desta vez, não apenas foi a prática docente que comprometeu o currículo, senão, também, a prática dos profissionais dos serviços de saúde. Este curso teve um currículo de tipo tradicional, fechado, organizado por disciplinas, que privilegiou a transmissão de conhecimentos, como metodologia pedagógica.

Por sua vez, o sexto e último curso da linha do tempo traçada pela história do Pólo teve um desenvolvimento semelhante ao quarto curso. Sua estrutura curricular convergente às políticas de saúde e educação e sua metodologia de ensino coerente com o perfil desenhado pelo mesmo, confrontou-se, também, com uma prática docente contrária ao proposto no currículo. Foi um currículo atípico, onde seu desenho, compatível com as teorias críticas, desenvolveu uma metodologia compatível com os currículos tradicionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito inicial deste estudo foi o de investigar se os currículos desenhados e implementados pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanentes para o Pessoal da Saúde da Família da Bahia se aproximaram ou não do currículo considerado adequado para a formação do profissional requerido pelas macro-políticas dos setores de saúde e de educação.

Assumir o conceito ontológico de currículo desenvolvido por Macedo (2002), apoiado no pensamento complexo e multirreferencial, ajudou-me a identificar as categorias analíticas que permearam o presente estudo – estrutura curricular e processo ensino-aprendizagem.

Este estudo explorou o caso do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família da Bahia, analisando as suas relações político-institucionais internas e externas, caracterizando-as como favoráveis ao macro contexto e conflitantes ao micro contexto.

Os dados revelam que o Pólo como rede interinstitucional, apesar de enfrentar o descompasso entre o macro-poder das políticas públicas e o micro-poder do coletivo de sujeitos das instituições, traçou uma trajetória histórica caracterizada pelo permanente aperfeiçoamento das propostas curriculares, na procura do perfil do profissional requerido pelas macro-políticas de saúde e educação, durante o período estudado.

Assim, as evidências empíricas trazidas pelo estudo confirmam que independente da vontade dos formuladores das propostas curriculares e ainda em contextos político favoráveis, a implementação ou não dos currículos, na trajetória pretendida pelos seus formuladores dependerão da prática cotidiana do coletivo de sujeitos (professores e alunos) que interagem no processo de formação. Prática que, além de ser influenciada pelas vivências

anteriores dos sujeitos (processos formativos), é orientada pela identificação ou não dos sujeitos com a proposta curricular. Ou seja, quando o coletivo de sujeito esteve em harmonia com a proposta curricular, a implementação da mesma foi coerente tanto com as macro políticas quanto com os objetivos educacionais.

Por fim, quero registrar que uma das maiores dificuldades vivenciadas no processo desta pesquisa esteve relacionada com o foco da - formação dos profissionais da saúde, que se localiza na confluência de dois grandes setores, saúde e educação. Por ser profissional da saúde, tive que fazer um grande esforço para entender e tomar o currículo como objeto da pesquisa, uma vez que currículo sempre foi objeto do campo da educação.

Apesar dos seus limites, este estudo agregou evidências empíricas que reforçam o pressuposto de que a trajetória de um currículo é conformada pelo conjunto das práticas dos sujeitos implicados no processo de formação. Contudo, é de fundamental importância que novos estudos sejam realizados para identificar a confluência de outros fatores que facilitam ou dificultam a implementação de currículos considerados adequados à formação de profissionais para a saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. (Org). **Diretrizes curriculares para os cursos universitários da área de saúde**. Londrina, Paraná: Rede Unida, 2003.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Projeto de Reformulação do Primeiro Ano e Criação da Área de Concentração em Saúde da Família do Curso de Especialização em medicina Social, sob a Forma de Residência, Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Salvador: ISC/UFBA Novembro 2001.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Projeto do Curso Especialização em saúde coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde**, Salvador: UFBA, mar. 1996.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Projeto do curso Especialização em saúde coletiva: Gestão de programas de saúde**. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador: UFBA, Jul. 1997a

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório Geral de atividades do Curso Especialização em Saúde coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde. Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Salvador: ISC/UFBA, Jul. 1998b.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório técnico de Agosto de 1997. Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Salvador: ISC/UFBA, 1997b.

BAHIA, Universidade Estadual de Santa Cruz. **Relatório de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família para os profissionais do PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em saúde, Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Ilhéus-Itabuna: UESC, 2002.

BAHIA, Universidade Estadual de Santa Cruz. **Relatório de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família para os profissionais do PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em saúde, Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Ilhéus-Itabuna: UESC Ago. 2004.

BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. **Proposta Técnica Curso de Especialização em Saúde da Família**. Salvador: UFBA, Abr. 2000b

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Programa do curso Especialização em Medicina Social, sob a forma de residência**, Departamento de Medicina preventiva. UFBA.Salvador 1980. 20p.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório Anual de Atividades do Curso de Especialização em medicina Social, sob a Forma de Residência, Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Salvador: ISC/UFBA, 1998a.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório anual de atividades de 1998 do Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência. Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**. Salvador: ISC/UFBA, 1999.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatório Curso de Especialização em saúde coletiva: Gestão de programas de saúde**. Salvador: ISC/UFBA, Jun. 2000a.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Relatórios de Atividades 1998 a 2002, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal Para Saúde da Família da Bahia**. Salvador: ISC/UFBA, out. 2003.

BAHIA. Universidade Estadual de Feira de Santana. **Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família**. Feira de Santana: UESF, 2000c.

BARNECHEA M, Gonzalez E, Morgan M. **La producción de conocimientos en sistematización**. Lima: Taller Permanente de Sistematización, 1998.

BLAYA,C. Internet, Processo de Avaliação. **Textos** Disponível em: <http://www.ufrgs.br/tramse/med/texto/2004_07_20_tex.htm> Acesso em 22 mar. 2007.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saravia, 1988.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1998, 312p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Internet, **Resolução CNE/CES N° 1 de 3 Abril de 2001**, Brasília, 2001, Disponível em <<http://www.capes.gov.br/capes/portal>> Acesso em 13 jul. 2005.

BRASIL. Governo Federal. Decreto N° 3.745, de 5 de Fevereiro de 2001. **Brasília**, 2001b. 07 p

BRASIL. Governo Federal. Internet, **Lei de diretrizes e Bases da Educação Nacional N° 9.394 de 20/12/1996**. Disponível em <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1996/>> Acesso em 14 jan. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília: OPAS, abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DNES *Texto Nº 7: Opções Pedagógicas*. (Adaptado do texto de Juan Diaz Bordenave) 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAB. Internet. **Atenção básica e saúde da família**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. acesso em 28 maio de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAB. Internet. **Atenção básica e saúde da família**. Internet Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>> acessado em 28 de maio de 2007b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Educação a distância voltada aos profissionais de unidades básicas de saúde que trabalham sob a estratégia de saúde da família*. Brasília: Secretaria de atenção básica, , jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS-96**. Brasília, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família : uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.. Brasília: Fundação da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Pólos de Educação Permanente em Saúde: diretrizes para sua organização**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Brasília, 2002**

BRUYNE, Paul et al. **Dinâmica de Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos de prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUENO. Márcio, PSF: Saúde da família valoriza a ação e impõe a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde . **RADIS**, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 4, nov. p. 10-11, 2002.

CARVALHO. Guido I. de.; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CHIAROTTINO. Zélia. O conhecimento como resultado de integração entre organismo e o meio. In: _____. **Psicologia e epistemologia genética de Jean Piaget**. São Paulo: EPU, 1988. Cap. 1 p. 3-11.

DELUIZ. Neise. O modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**. Rio de Janeiro. V 27. n. 3 p. 3-25. set/dez. 2001.

FERNÁNDEZ. Mariano Enguita. **Educar em tempos incertos**; trad. Fátima Murad, Porto Alegre: Artmed, 2004. 128 p.

FREIRE. Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987. 184 p.

FRÓES BRUNHAM, T. **Currículo: a multiplicidade de concepções revelada**. Salvador, UFBA, 1994.

GHISO. Alfredo. **De la practica singular al dialogo con lo plural: Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en época de globalización**. Funlam, Medellín, 1998. 11 p.

L'ABBATE. Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 2003. v. 8 n. 1. Disponível em file:///A:Ciência & saúde coletiva-BA análise institucional e a saúde coletiva-B. htm>. Acesso em: 11 jan. 2004,

LEVCOVITZ. E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de Saúde nos anos 90: relação intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6 . 2 p. 269-291, 2001.

MACEDO. R.S.A. **Chrysallis, currículo e complexidade: a perspectiva multirreferencial e o currículo contemporâneo**, Salvador: Eufba, 2002.

MEDINA, Walberto H. **Sistematização da experiência do Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente Para Pessoal de Saúde da Família**, Vídeo. Salvador, 2005.

MENDES. Eugênio *et al.* *Distrito Sanitário: conceitos-chave*. In :_____(Org) **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças no Sistema Único de Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec, p. 159-85, 1993

MENDES. Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. v.1.

- MENDES. Eugênio V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Huittec, 1992
- NORONHA. Beatriz. Graduação: é preciso mudar. In: **RADIS**, Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 5, p. 9-16, dez. 2002.
- NUNES. Cristiane A. **A formação em Saúde Coletiva e as práticas de saúde em Programas Comunitários**. 1999. 137f. . Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.
- PAIM. J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PAIM. Jairnilson S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia e saúde**. 6. edição 2003b. p. 567-586.
- PAIM. Jairnilson S. Política de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: editora, 2003a. p. 587-603.
- PAIM. Jairnilson S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**, Salvador: Fred Lima. 2002, p 447
- PIAGET, Jean. **Para onde vai a educação?** Tradução de Ivette Braga -16. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002. 80 p.
- POLIT, Dense; HUNGLER, Bernadette. **Investigación científica: en ciencias de la salud**. 5. ed. México: McGraw- Hill Interamericana, 1995.
- REGO, Teresa Cristina. **Vigotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- RESENDE, Regina Lúcia Sartorio Marinato de. **Avaliação Processual e formativa na educação a distância**. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm>> . Acessado 24. mar. 2007
- ROSCHKE, Maria Alice. **Aprendizaje y conocimiento significativo en los servicios de salud**. Tegucigalpa: OPS, 1997. (Publicación científico-técnica, n. 17).
- ROZENDO, Célia; MARTINS, Elizabete Aparecida; COLLET, Neusa. Comunicação professor-aluno a través da pedagogia problematizadora. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 48, n 1, p.33-38, jan-mar. 1995.

SAVIANI, Nereide. **Saber escolar, currículo e didática: problemas da unidade conteúdo/método no processo pedagógico**. 4. ed., Campinas: Autores Associados, 2003.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias de currículo**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 156 p.

SOUSA, Ana Luiza L. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. **Saúde em debate**, n. 42, mar. 1994.

SOUZA, A. S. A interdisciplinariedade e o trabalho coletivo em saúde. **Rev. Atenção Primária de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 1999.

SOUZA, F.J. **Sistematización: un instrumento pedagógico em los proyectos de desarrollo sustentable**. UFPE. Recife. 1997.

TABA, Hilda. **Elaboración del Currículo: Teoria y practica**. Buenos Aires, Ed. Troquel S. A.. p. 662 1974

TEIXEIRA, Carmen. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TEIXEIRA, Carmen. Saúde da família promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, p. , 2004. Edição especial.

TEIXEIRA, Carmen; PAIM, Jairnilson S.; VILASBÔAS, Ana Luiza. **Promoção e Vigilância da Saúde**: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. Salvador: Fred Lima, 2002.

TESTA, M. **Pensar en Salud** 3. ed. Buenos Aires: Ed. Lugar, p. 233, 2004.

XAVIER, Caco, Formação Profissional em Saúde. **RADIS**, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 3, p. 10-17, Out. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MATRIZ PARA COLETA DE DADOS DOS CURSOS DO PÓLO DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA NO PERÍODO 1997 – 2003

N°	NOME (Curso)	OBJETIVO Geral	CONTEUDO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM	DISTRIBUIÇÃO CARGA HORARIA Teórica Prática	MODALIDADE DE OFERTA	AVALIAÇÃO	COORDENADOR
I								
II								
III								
IV								
V								
VI								

APÊNDICE B

MEDINA, W. H (Organizador). Oficina de Sistematização da experiência do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente Para o Pessoal de Saúde da Família – Bahia. Salvador, 2005. DVD-R, son., color..
(Terceira Capa)

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA INFORMANTES CHAVES DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO DO PÓLO DE FORMAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA SAÚDE DA FAMILIA DA BAHIA NO PERÍODO 1997 – 2003

As perguntas devem, no possível, procurar informações sobre os seguintes aspectos: processo de ensino aprendizagem programado, instrumentação que viabilizou a operação do programado, fatores que puderam ter influenciado na aplicação do programa, dificuldades e facilidades apresentadas no desenvolvimento da abordagem pedagógica utilizada.

Perguntas:

- Considerando a proposta curricular do curso que você coordena ou coordenou, gostaria que o(a) senhor(a) descrevesse o processo de seleção, organização e implementação dos conteúdos desenvolvidos no curso.
- Quais têm sido os instrumentos ou elementos fornecidos pelo programa que facilitam ou facilitaram a aplicação da metodologia de ensino aprendizagem proposta pelo curso?
- Quais fatores externos ao curso você identifica como favoráveis o desenvolvimento do currículo?
- Quais fatores externos ao curso você identifica como desfavoráveis à aplicação da metodologia pedagógica proposta?



Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva
 Avenida Basílio da Gama, s/n, 1º Andar, Canela. CEP. 40.110-030.
 Salvador-Bahia-Brasil ■ E-mail: walhe@hotmail.com
 ☎(071) 336-7181

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Formação dos profissionais da saúde: Uma análise dos cursos do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família – Bahia.

Este estudo tem como objetivos identificar as opções pedagógicas adotadas no processo de ensino aprendizagem dos cursos de especialização desenvolvidos pelo Pólo de Capacitação, formação e Educação Permanente da Bahia, no período 1997 – 2003, como também descrever as opções pedagógicas predominantes nesses cursos. Tem como propósito contribuir na análise e problematização sistemática das mudanças na proposta pedagógica dos cursos lato sensu, desenvolvidos e administrados pelo Pólo de Capacitação da Bahia.

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo desenvolvido por um Mestrando do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, a ser realizado nos seguintes cursos de especialização: Medicina Social sob a forma de Residência, Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde, Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde, Saúde da Família -para profissionais do programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PIT), Saúde de Família do ISC/UFBA e Saúde da Família da UEFS. Após a leitura e esclarecimentos sobre o estudo, será solicitada a sua assinatura ao final do presente Termo de Consentimento em duas vias, sendo que uma deverá ficar com você e a outra devolvida para o pesquisador.

A sua participação consiste no fornecimento de informações através de uma entrevista individual referente ao processo de ensino aprendizagem programado, instrumentação que viabilizou a operação do programado, fatores (de gestão ou operativos) que puderam ter influenciado na aplicação do programa, dificuldades e facilidades apresentadas no desenvolvimento das abordagens pedagógicas utilizadas. Sua identidade e participação nesse estudo serão estritamente confidenciais. Você não será identificado(a), pessoalmente, em nenhum relatório ou publicação que possa resultar deste estudo.

É garantido a você o pleno direito de recusar-se a participar desta pesquisa sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento.

Caso necessite qualquer esclarecimento, o pesquisador responsável pelo estudo, Walberto Herrera Medina, pode ser encontrado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, no endereço Avenida Basílio da Gama, s/n, Campus Canela, Canela – Salvador – BA. CEP. 40.110-030, no telefone 336-7181 ou no e-mail walhe@hotmail.com.

Declaração

Eu, _____ tomei conhecimento da declaração de consentimento, tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e estou de acordo em participar deste estudo.

Assinatura do profissional: _____
 (Coordenador(a), professor(a), técnico(a) ou aluno(a) do curso de especialização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família - Bahia)

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A

Descrição do conteúdo por disciplinas do Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde (BAHIA, 1996).

DISCIPLINAS	DESCRIÇÃO
Capacitação Pedagógica	Esta disciplina visava capacitar os enfermeiros para atuar em processos de formação e/ou educação continuada de pessoal de nível médio e elementar de saúde, através de uma proposta metodológica participativa, centrada no processo de trabalho dos treinados.
Saúde e Sociedade	Trata sobre o processo sócio-cultural e histórico das sociedades como determinantes do processo saúde-doença; das desigualdades nas formas de adoecimento, envelhecimento e morte dos grupos populacionais; da organização de sistemas e serviços de saúde, bem como das lutas sociais para mudanças na qualidade de vida e saúde, com vistas ao exercício da cidadania.
Política de Saúde	Esta disciplina trata sobre os elementos básicos para a compreensão das políticas de saúde, destacando-se o papel desempenhado pelo Estado na organização dos serviços de saúde.
Educação em Saúde	Visa oferecer subsídio para compreensão do processo educativo em saúde, através da discussão e a análise dos conceitos de saúde, cidadania, direito à saúde, consciência sanitária e educação.
Comunicação Social em Saúde	Aborda o tema a partir das condições de produção, divulgação e recepção da comunicação social em saúde como fenômeno social datado e determinado por uma perspectiva paradigmática de saúde e de comunicação.
Metodologia da Pesquisa	Esta disciplina é uma contribuição na construção do pensar a Saúde Coletiva. Discute a situação atual e perspectivas da metodologia da pesquisa enquanto campo para a produção de conhecimento na área.
Epidemiologia em Saúde Coletiva	Aborda as bases teóricas e conceituais, como também os métodos e técnicas da epidemiologia como subsídio para o diagnóstico de saúde da comunidade e no planejamento e avaliação dos serviços.

DISCIPLINAS	DESCRIÇÃO
Controle de Doença e Agravos	Esta disciplina discute ações e conceitos de Vigilância Epidemiológica, as práticas, gestão e organização do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil, Bahia e nos municípios.
Controle de Doença e Agravos II	Esta, complementando a disciplina Controle de Doenças e Agravos I, analisa o conteúdo das práticas da Vigilância Epidemiológica como subsídio para mudanças na organização dos serviços.
Monitoramento de Grupos de Risco	Esta disciplina enfatiza a capacitação dos alunos na identificação de situações de riscos dos grupos sociais prioritários (mulheres em idade fértil e crianças) como também em ações de monitoramento do estado de saúde destes grupos.
Vigilância à Saúde do Trabalhador	A disciplina Saúde do Trabalhador introduz a discussão acerca do processo de trabalho e as principais características do modo de produção capitalista, abordando o trabalho como categoria central para a determinação do processo saúde-doença.
Controle de Produtos, Serviços e Meio Ambiente	Discute a importância das ações de vigilância sanitária nos seus diversos níveis de competência (federal, estadual e municipal) buscando, através da capacitação do instrutor/supervisor do PACS, fazer com que o mesmo possa ser um agente multiplicador desses conhecimentos.
Gerenciamento de Sistema Locais de Saúde	Aborda assuntos de gestão do sistema de saúde no âmbito municipal, discute técnicas e instrumentos que viabilizam o trabalho do instrutor/supervisor do PACS

ANEXO B

Disciplinas obrigatórias agrupadas por módulos do currículo do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde (Bahia, 1998b).

MÓDULOS	DISCIPLINAS
Bases Teórico-metodológicas	Saúde e Sociedade Políticas de Saúde Capacitação Pedagógica Educação em Saúde Comunicação Social em Saúde Metodologia de Pesquisa
Vigilância à Saúde	Epidemiologia em Saúde Coletiva Controle de Doenças e Agravos I Controle de Doenças e Agravos II Monitoramento de Grupos de Risco Vigilância à Saúde do Trabalhador Controle de Produtos, Serviços e Meio Ambiente
Gerência de Sistemas Locais de Saúde	Gerenciamento de Sistemas Locais de Saúde

ANEXO C

Descrição das disciplinas do primeiro ano do Curso Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência

DISCIPLINA	DESCRIÇÃO
Clínica da Família	Espaço de convergência dos diferentes conteúdos disciplinares e dos conhecimentos multiprofissionais - medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e farmácia, visando a discussão operacional das práticas, de forma interdisciplinar tendo como eixo a unidade familiar. Essa atividade era desenvolvida por um grupo de docentes de cada categoria e 4 da área médica .
Epidemiologia em Saúde Coletiva	Esta disciplina abrange conhecimentos específicos de epidemiologia, bioestatística e de informática, o eixo condutor desta área refere-se à geração, processamento, análise e disseminação da informação para subsidiar o conhecimento das condições de saúde da população, a gestão de sistemas locais de saúde e para auxiliar a catalisação de processos que favoreçam a coesão e a participação social.
Educação, Comunicação e Práticas Pedagógicas	Aplicada à Saúde, esta disciplina partindo, da compreensão do processo educativo e da comunicação em saúde como facilitadores de mudanças das práticas de promoção da saúde prestadas à população, fornece novas alternativas e instrumentos em educação e comunicação baseados em metodologias que auxiliem na melhor compreensão das raízes dos problemas de saúde da população e de suas soluções.
Planejamento e administração em saúde	Aborda elementos da organização e financiamento do sistema de saúde no âmbito municipal brasileiro, revisa historicamente a formulação das políticas de saúde no Brasil e discute as tendências atuais do papel do Estado nas políticas de saúde e suas repercussões sobre o gerenciamento de sistemas locais de saúde.
Ciências Sociais em Saúde	Enfoca, desde uma perspectiva transdisciplinar, aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença em contextos de desigualdade social e diversidade étnica e cultural. Pretende sensibilizar os profissionais de saúde para concepções e práticas sintonizadas com o princípio da equidade, integralidade, intersetorialidade e participação comunitária no campo da saúde.

ANEXO D

Descrição das disciplinas do segundo ano do Curso Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência

DISCIPLINA	DESCRIÇÃO
Tópicos em Saúde da Família	Refere-se a conteúdos disciplinares dos campos da saúde coletiva e da clínica pertinentes às práticas desenvolvidas junto às equipes e coordenações (municipal, regional, estadual) de saúde da família.

ANEXO E

Descrição das atividades obrigatórias no segundo ano do Curso Especialização em Medicina Social, sob a forma de Residência

ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS	DESCRIÇÃO
Práticas em saúde da família I	Os alunos acompanhavam a implantação de novas equipes de saúde da família em municípios do interior do estado. Realizavam visita técnica a municípios e realizavam o Treinamento Introdutório às equipes de Saúde da Família. Periodicamente realizavam seminários temáticos com os preceptores pertinentes, cuja pauta será demandada pelos alunos, em função do que estiveram vivenciando nos municípios.
Práticas em saúde da família II	Estágios clínicos eram realizados nas áreas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso e Saúde Mental.
Estágios clínicos em áreas básicas II	Os residentes eram inseridos na Coordenação Estadual do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, desenvolvendo ações que eram discutidas frente à equipe de coordenação de acordo com a sua demanda e interesse da Residência.

ANEXO F

Descrição e distribuição da carga horária das disciplinas do Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gestão de Programas de Saúde

DISCIPLINA	DESCRIÇÃO	CH
Capacitação Pedagógica	Visava capacitar os profissionais de saúde para atuar em processos de educação permanente de pessoal de saúde de nível superior, através de uma proposta metodológica participativa, centrada na reflexão acerca do processo de trabalho dos coordenadores regionais do PACS/PSF.	45 h
Saúde e Sociedade	Tentava explorar os conceitos básicos para compreender a produção da saúde e o exercício da cidadania no território, enfocando a particularidade da saúde da família através da identificação e discussão das diferentes formas de participação social.	30 h
Política de Saúde	Explorava as noções conceituais de Estado e sociedade civil analisando a dinâmica da formulação de políticas de saúde e o impacto na organização dos serviços. Discutia os principais problemas dos sistemas e serviços de saúde, da época, e as propostas de mudança dos modelos assistenciais.	30 h
Educação em Saúde	Visava oferecer subsídios que favorecessem a capacitação do Recurso Humano através da compreensão do processo educativo em saúde, fundamentando-se nas teorias clássicas da educação, e no processo educativo segundo Paulo Freire e Pichón Riviere; para alcançar um maior potencial facilitador de mudanças nas práticas de promoção e elevação da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.	30 h
Comunicação Social em Saúde	Esta disciplina tentava contribuir no fortalecimento de práticas de comunicação e planejamento descentralizadas e democratizantes, através de formas diferentes de compreensão do fenômeno comunicacional.	30 h
Epidemiologia em Saúde Coletiva	Abordando os conceitos, métodos e técnicas da epidemiologia, enfatizava sua utilização como instrumental para o diagnóstico das condições de saúde da população, situações de risco e seus determinantes.	60 h
Vigilância à Saúde	Pretendia introduzir a discussão das práticas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde do Trabalhador, através do enfoque de risco.	60 h
DISCIPLINA	DESCRIÇÃO	CH
Gerenciamento de	Apresentava técnicas e instrumentos de gestão estratégica	60 h

Sistemas Locais de Saúde	que apoiavam o trabalho dos coordenadores regionais, na perspectiva do acompanhamento das práticas dos instrutores/supervisores de programas comunitários executados a nível local, com ênfase no planejamento e programação, na condução e negociação de processos de trabalho, e nas técnicas de administração de recursos. Também discutia os elementos do contexto político-institucional de saúde no âmbito local, relacionados com a organização, financiamento e controle social.	
Acompanhamento e Avaliação de Ações e Programas de Saúde	Discutia conceitos e usos da avaliação em saúde; analisava as abordagens e enfoques teóricos para avaliação em saúde; discutia métodos e técnicas para avaliação da qualidade, cobertura, equidade, eficácia, efetividade, eficiência e satisfação do usuário e discutia o papel da análise estratégica e da análise de implantação na avaliação em saúde.	30 h

ANEXO G

Descrição e distribuição da carga horária das disciplinas do curso de Especialização em Saúde da Família para os Profissionais do PITS- Bahia, 2001.

MÓDULO	DESCRIÇÃO	C H
Treinamento Introdutório	Esta disciplina pretendia identificar e analisar as características das práticas dos profissionais da saúde da família, com o intuito de refletir sobre a importância da adesão da clientela; compreensão e aplicação das técnicas básicas de territorialização.	80 h
Metodologia da Pesquisa	O módulo de Metodologia da Pesquisa oferece subsídios ao educando sobre o método científico e sua utilização, numa abordagem qualitativa, buscando soluções para os problemas detectados na prática. Entretanto, na fala de um informante-chave, ficou claro que os profissionais foram orientados no desenvolvimento de projetos de intervenção e não de projetos de pesquisa.	45 h
Saúde da Criança e o Adolescente	O módulo, além de analisar e avaliar as condições de saúde desta população sob o aspecto social, político, econômico e cultural, contribui para focalizar os problemas e as necessidades de saúde mais prevalentes nesses grupos.	75 h
Saúde da Mulher	Este módulo proporciona o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades técnicas para assistir integralmente a mulher, identificando situações de riscos e desenvolvendo ações para seu controle quanto às causas e aos danos, na perspectiva da vigilância à saúde.	75 h
Atenção à Saúde do Adulto	Quanto ao monitoramento da saúde do adulto, contextualizam-se questões socioculturais relacionadas ao adulto, discutindo-se sobre sua saúde a partir da organização dos serviços, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência, e enfocando as estratégias para a melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional.	75 h
Saúde do Idoso	Neste módulo, além de tratar o abordado no módulo de saúde do adulto, discutem-se questões relacionadas ao processo de envelhecimento da população.	30 h

ANEXO H

Descrição dos conteúdos e distribuição da carga horária por módulo do Curso de Especialização em Saúde da Família –UFBA (BAHIA, 2000).

MÓDULO	DESCRIÇÃO	CH
I. Saúde da família no âmbito da conjuntura da política de saúde atual	Neste módulo foram abordados aspectos da conjuntura da Política de Saúde e a inserção da estratégia de Saúde da Família na perspectiva da mudança do modelo assistencial;	30 h
II Abordagem integral dos problemas de saúde e trabalho interdisciplinar	Neste módulo apresentou-se as especificidades do processo de trabalho e habilidades necessárias para a equipe de saúde da família. Numa perspectiva de instrumentaliza-los para uma abordagem integral dos problemas de saúde, foram trabalhadas técnicas, instrumentos e condutas de diversas áreas do conhecimento, a serem utilizados no plano individual e coletivo	70 h
III. Gestão de área de abrangência e gerência da unidade de saúde da família	Neste módulo foram desenvolvidos conteúdos afeitos à gestão e à gerência de ações e serviços de saúde, incorporando principalmente o planejamento em saúde e instrumentos administrativos para o gerenciamento de unidades básicas de saúde. Numa perspectiva de instrumentaliza-los para uma abordagem integral dos problemas de saúde, foram trabalhadas técnicas, instrumentos e condutas de diversas áreas do conhecimento, a serem utilizados no plano individual e coletivo.	60 h
IV Atenção individual e coletiva a grupos específicos	Este módulo envolveu a realização de ações e serviços na perspectiva da Vigilância à Saúde, incorporando ações individuais e coletivas, clínicas e epidemiológicas, considerando ainda as atribuições, o perfil e a especificidade ética das duas categorias que compõem a clientela-alvo. Deve-se ressaltar algumas habilidades deveriam ter direcionalidades técnicas diferenciadas.	60 h
V Promoção da saúde: controle social, comunicação, consciência sanitária e educação em saúde	Este módulo abrangeu conteúdos teóricos-práticos correspondentes ao desenvolvimento de competências que respondam às necessidades relativas a promoção da saúde, controle social, comunicação, consciência sanitária e educação em saúde.	30 h

MÓDULO	DESCRIÇÃO	CH
VI. Construindo novos sujeitos para novas práticas	Este último módulo teve uma característica peculiar, foi eminentemente interativo e dizia respeito à constituição de sujeitos das novas práticas, entendendo que, para o processo de trabalho que implica novas práticas, faz-se necessária a constituição de sujeitos com um olhar, um sentir, um fazer e um compromisso diferentes, de acordo com o modelo de atenção que se pretende construir e com o processo de trabalho que constitui o eixo norteador desse processo educativo.	34 h

ANEXO I

Disciplinas por módulos temáticos do Curso de Especialização em Saúde da Família – UEFS, 2002.

MÓDULOS TEMÁTICOS	DISCIPLINAS	CH
Bases Conceituais e Metodológicas da Saúde Coletiva	Saúde e Sociedade	30 h
	Métodos Didáticos Pedagógicos	30 h
	Estatística e Demografia	30 h
	Pesquisa Social em Saúde	30 h
Políticas Públicas, Saúde e Cidadania	Políticas Públicas e Saúde	30 h
	Modelos de Atenção à Saúde	30 h
	Informação e Comunicação em Saúde	30 h
	Educação em Saúde	30 h
Planejamento como Tecnologia de Gestão em Saúde	Planejamento e Programação em Saúde	30 h
	Gerência em Serviços de Saúde	30 h
Vigilância da Saúde	Introdução à Epidemiologia	30 h
	Ecologia e Saúde	30 h
	Vigilância Sanitária	30 h
	Prevenção e Controle de Doenças e Agravos I	30 h
	Prevenção e Controle de Doenças e Agravos II	30 h
	Atenção à Saúde do Trabalhador	30 h

MÓDULOS TEMÁTICOS	DISCIPLINAS	CH
Família como Unidade Social, Política e Cultural na Atenção à Saúde.	Saúde da Família	30 h
	Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	30 h
	Atenção à Saúde da Mulher	30 h
	Atenção à Saúde do Adulto e Idoso	30 h
	Atenção à Saúde Mental	30 h

ANEXO K

Definição de conceitos-chave e identificação de disciplinas a partir de questões centrais (BAHIA, 1997a).

Questões centrais	Conceitos-chave	Disciplinas
Em que medida os problemas priorizados pelo PACS são os principais problemas da população?	Pertinência	Acompanhamento e avaliação de ações, programas e SS
Existe adequação entre os objetivos propostos e os problemas identificados e entre as estratégias adotadas e os objetivos propostos pelo PACS?	Adequação	
Em que medida o PACS responde aos problemas de saúde que se propõe enfrentar?	Direcionalidade	
Os recursos existentes (humanos, materiais, etc.) são suficientes e bem distribuídos?	Apreciação normativa / avaliação de estrutura	Acompanhamento e avaliação de ações, programas e SS
O PACS tem favorecido a participação social em saúde nos municípios?	Território Saúde Cidadania Família	Saúde e sociedade
Em que medida o PACS tem contribuído para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde? Em que medida o PACS tem estimulado a construção de novas práticas de atenção à saúde?	Estado Poder Sociedade civil Modelos assistenciais	Políticas de Saúde
Como o sistema de informação do PACS tem contribuído na análise dos problemas de saúde e no planejamento e avaliação das intervenções realizadas nos municípios?	Situação de saúde Problema de saúde Risco Indicadores de saúde Perfil epidemiológico	Epidemiologia

Questões centrais	Conceitos-chave	Disciplinas
Como identificar desigualdades sociais em saúde na população dos municípios acompanhados?	Desigualdade em saúde	Epidemiologia
Em que medida os recursos e atividades são adequados às necessidades da população?	Avaliação de cobertura Satisfação do usuário	Acompanhamento e avaliação de ações, programas e SS
Em que medida o PACS contribui para o desenvolvimento de ações intersetoriais?	Gestão Intersetorialidade Territorialização Vigilância da saúde	Gerência de SILOS
Em que medida o PACS contribui para a reorganização das práticas de saúde na perspectiva da integralidade?	Territorialização Vigilância da saúde Organização do processo de trabalho em saúde	Gerência de SILOS
Como o coordenador regional do PACS/PSF planeja, controla, acompanha e avalia as ações do PACS/PSF desenvolvidas nos municípios?	Problema Situação Situação-objetivo Estratégia Viabilidade Gerência tático-operativa	Gerência de SILOS Vigilância da Saúde
Que tipo de abordagem utiliza o coordenador em sua prática de supervisão?	Sujeito Vínculo Ensino-aprendizagem	Educação em Saúde
A prática de supervisão está sendo um processo pedagógico?	Supervisão Processo pedagógico	Capacitação Pedagógica
Como o sistema de informação do PACS tem contribuído na análise dos problemas de saúde e no planejamento e avaliação das intervenções realizadas nos municípios?	Situação de saúde Problema de saúde Risco Indicadores de saúde Perfil epidemiológico	Epidemiologia
Como identificar desigualdades sociais em saúde na população dos municípios acompanhados?	Desigualdade em saúde	Epidemiologia

Questões centrais	Conceitos-chave	Disciplinas
Em que medida os recursos e atividades são adequados às necessidades da população?	Avaliação de cobertura Satisfação do usuário	Acompanhamento e avaliação de ações, programas e SS
Em que medida o PACS contribui para o desenvolvimento de ações intersetoriais?	Gestão Intersetorialidade Territorialização Vigilância da saúde	Gerência de SILOS
Em que medida o PACS contribui para a reorganização das práticas de saúde na perspectiva da integralidade?	Territorialização Vigilância da saúde Organização do processo de trabalho em saúde	Gerência de SILOS
Como o coordenador regional do PACS/PSF planeja, controla, acompanha e avalia as ações do PACS/PSF desenvolvidas nos municípios?	Problema Situação Situação-objetivo Estratégia Viabilidade Gerência tático-operativa	Gerência de SILOS Vigilância da Saúde
Que tipo de abordagem utiliza o coordenador em sua prática de supervisão?	Sujeito Vínculo Ensino-aprendizagem	Educação em Saúde
A prática de supervisão está sendo um processo pedagógico?	Supervisão Processo pedagógico	Capacitação Pedagógica

ANEXO J

Cronograma das disciplinas do Curso Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas em Saúde

DISCIPLINA	PERÍODO
Política de Saúde	08 a 11/04/96
Capacitação pedagógica	15 a 18/04/96
Saúde e Sociedade	22 a 25/04/96
Educação em Saúde	13 a 14 /05/96
Comunicação Social em Saúde	16 a 17/05/96
Epidemiologia em Saúde Coletiva	03 a 07/06 e 10 a 13/06/96
Metodologia da pesquisa	17 a 20/06/96
Controle de doenças e agravos I	29/07 a 01/08/96
Controle de doenças e agravos II	05 a 08/08/96
Vigilância à saúde do trabalhador	26 a 27/08/96
Controle de produtos, serviços e meio ambiente	28 a 29/08/96
Monitoramento de grupos de risco	02 a 05/09/96
Gerenciamento de Sistemas Locais de Saúde	30/09 a 03/10 e 07 a 10/10/96